Nr. 27. 6. lipca 1930. Rok IX.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr. Karol ROŻKOWSKI. Częstochowa.

Kilka uwag o leczeniu nadciśnienia pierwotnego i o nerwicy lękowej nadciśnieniowej.

Znany autor francuski L. Ramond (1) w swym wykładzie klinicznym o nadmiernem ciśnieniu krwi pisze z pewnym odcieniem humoru, że jeżeli na dawnych rysunkach z epoki Moljera lekarza przedstawiano zawsze w czarnym surducie z osławioną szprycą do lawatyw, to dla charakterystyki czasów obecnych należałoby przedstawić lekarza z tonometrem w ręku. W zdaniu tem jest niewątpliwie dużo prawdy, tonometr bowiem stał się dzisiaj nieodstępnym towarzyszem każdego lekarza, a mierzenie ciśnienia krwi w ogólnem badaniu klinicznem zajęło stanowisko równorzędne z mierzeniem ciepłoty, badaniem tętna, moczu, krwi i t. p. Co więcej, badanie to zyskało tak wielką popularność w szerokich kołach publiczności, że bardzo często lekarz musi określać ciśnienie krwi na żądanie chorych. Sądzę, że gdyby nie pewne trudności techniczne, niektórzy chorzy posiadaliby nawet własne przyrządy celem możliwie częstej kontroli swojego ciśnienia.

Wielkie rozpowszechnienie badań tonometrycznych w praktyce lekarskiej zasadniczo jest zjawiskiem dodatniem i pażądanem, badania te bowiem grają pierwszorzędną rolę w rozpoznawaniu i leczeniu tych stanów chorobowych, w których zaburzenia ciśnienia krwi stanowią główny i najłatwiej uchwytny objaw przedmiotowy. Dotyczy to przedewszystkiem t. zw. nadciśnienia pierwotnego *(hypertonia essentialis)*, choroby względnie pospolitej, która ze względów teoretycznych i praktycznych wysunęła się na czoło aktualnych zagadnień patologji współczesnej.

Wielu autorów podaje, że w czasach obecnych nadciśnienie pierwotne daje się spostrzegać znacznie częściej, niż przed wojną światową. Fakt ten stwierdzono nietylko w Europie, ale i w Ameryce, chociaż ludność jej była o wiele mniej narażona na wstrząśnienia moralne i ekonomiczne. Spostrzeżenia te przemawiają wyraźnie na korzyść poglądu, który powstawanie nadciśnienia uzależnia od wpływu czynników nerwowych. Zdaniem mojem, na szczególną uwagę zasługuje coraz większe rozpowszechnienie tej choroby wśród ludności żydowskiej w Polsce. Spostrzegam ją coraz częściej u osobników względnie młodych, około lat 40 i prawie w jednakowym stosunku liczebnym u mężczyzn i kobiet. Sądzę, że wrażenia moje nie są odosobnione, że znajdą one potwierdzenie w doświadczeniu każdego lekarza. W każdym razie jest faktem, że od czasu rozpowszechnienia badań tonometrycznych spostrzeganie i leczenie nadciśnienia pierwotnego stały się chlebem powszednim medycyny praktycznej. Fakt ten nabiera szczególnego znaczenia, jeśli zważymy, że choroba ta w gruncie rzeczy nieuleczalna ma charakter wybitnie przewlekły, trwać może kilka, kilkanaście lat z rzędu, że ludzie nią dotknięci uważają się nieraz za zupełnie zdrowych, a przynajmniej umysłowo i fizycznie sprawnych, że groźne powikłania ze strony mózgu, serca i nerek, które powodują śmierć chorych, występują dopiero po wielu latach, w późnych okresach choroby.

Ponieważ nadciśnienie pierwotne rozwija się powoli i skrycie, najczęściej zaś bez wyraźnych objawów, wczesne rozpoznanie tej sprawy należy do bardzo ważnych zadań lekarza praktyka. Mierzenie ciśnienia krwi oddaje nam pod tym względem nieocenione usługi. Oczywiście badanie to winno stosować się do ściśle określonych zasad naukowych. Badanie przypadkowe, jednorazowe lub wykonywane w rozmaitych warunkach, wiedzie do błędów rozpoznawczych, mających bardzo poważne następstwa. Jak często zdajemy się zapominać, że wysokie ciśnienie krwi, stwierdzone podczas pierwszego badania, może być zjawiskiem krótkotrwałem, czasowem, powstałem odruchowo wskutek silniejszego wzruszenia, bólu, choroby dróg moczowych lub zatrucia ustroju. Przy powtórnem badaniu ciśnienie krwi może być zupełnie prawidłowe, ale spokój chorego nieraz na długie czasy zostaje zburzony. Na faktach tych, powszechnie znanych, nie będę zatrzymywać się dłużej, temwięcej, że rozważania na temat błędów rozpoznawczych nie stanowią celu niniejszej notatki.

Celem moim jest chęć zwrócenia uwagi na cały szereg błędów taktycznych, a więc błędów w postępowaniu lekarskiem, które niestety dzięki rozpowszechnieniu badań tonometrycznych uzyskały poniekąd prawo obywatelstwa w praktyce codziennej. Już sama popularność tych badań daje dużo do myślenia i dowodzi najlepiej, że tak daleko idące uświadomienie publiczności jest dziełem lekarzy praktycznych. A przecież ta niezwykła atmosfera ciekawości i lęku, jaka wytworzyła się obecnie dokoła tych badań, jest zjawiskiem ze wszech miar niepożądanem, szkodliwem, które nietylko może sprzyjać nadużyciom ze strony poszczególnych jednostek, ale co gorsza, utrudnia leczenie i sprowadza je często na zupełnie fałszywe tory.

W piśmiennictwie polskiem, poświęconem sprawie leczenia hipertonji pierwotnej, zagadnienie to nie było dotąd przedmiotem więcej szczegółowych rozważań. Oprócz krótkiej uwagi Glassnera (2), który w kilku słowach pisze o istniejącej wśród publiczności „formalnej panice przed wzmożonem ciśnieniem" i rozwijającej się na tem tle nerwicy lękowej, zasługuje jeszcze na wzmiankę artykuł Higiera (3), p. t.: „Lekarz a lecznictwo". Autor z właściwym sobie temperamentem opisuje specjalną postać hipochondrji *(hypochondria iatrogenetica)*, w powstawaniu której lekarz gra przykrą rolę „egzogennego" czynnika chorobotwórczego. Jedną z jej odmian stanowi *hypochondria hypertonica*, z którą autor styka się często od lat kilku. Istnieje bowiem typ lekarza, „który z parciomierzem, jak z kataryinką pod pachą, obchodzi swoją skąpą klijentelę i który od tej modnej i bardzo rozpowszechnionej metody zaczyna oraz na niej kończy wszelkie badanie". Powstawaniu tej nerwicy lękowej sprzyja nadto „umiłowanie wykładów przy łóżku chorego, wyładowywanie przed nim nadmiaru elokwencji i wiedzy".

Oto mniej więcej wszystko, co w zajmującej nas sprawie mogłem znaleźć w piśmiennictwie polskiem. Niewątpliwie ogólnikowe uwagi Higiera, który w dość dosadny sposób maluje nieracjonalne traktowanie chorych przez lekarzy praktycznych, są zupełnie słuszne, nie wyczerpują jednak całości przedmiotu. Żeby przedstawić wiernie obraz panujących na tem polu stosunków, w rozważaniach swych musimy iść dalej. Musimy omówić szereg faktów, łączących się bezpośrednio z przyjętym dzisiaj sposobem badania i leczenia chorych, faktów ze stanowiska praktycznego bardzo ważnych, a jednak pomijanych lub niedocenianych w piśmiennictwie lekarskiem .

Opierając się na licznych spostrzeżeniach z praktyki prywatnej, już oddawna przyszedłem do wniosku, że *głównym błędem taktycznym w leczeniu stanów nadciśnieniowych jest rozpowszechniony obecnie zwyczaj wtajemniczania chorych w szczegóły tonometrycznego badania.* Niestety zwyczaj ten, nie licząc się wcale ze stanem duchowym i indywidualnością chorych, z leczniczego punktu widzenia bezcelowy i szkodliwy, zaczyna utrwalać się coraz więcej w praktyce. Ze szczególną gorliwością uprawiany jest on w niektórych zdrojowiskach zagranicznych i naszych. Zasługują na uwagę niektóre fakty, spostrzegane przezemnie podczas ubiegłego lata.

Kobieta lat 30, organicznie zdrowa, tylko nieco nerwowa, była skierowana przezemnie do jednego z naszych najwięcej uczęszczanych zdrojowisk. Po 5 tygodniowym pobycie w tej miejscowości chora zgłosiła się do mnie ponownie i zażądała na wstępie, żebym zmierzył jej ciśnienie krwi. Byłem zaskoczony tem żądaniem, ponieważ przed wyjazdem chorej ciśnienia krwi nie mierzyłem wcale. Widząc moje zdumienie, chora pokazała mi krzywą swojego ciśnienia, którą nakreślił w czasie leczenia jej jeden z lekarzy zdrojowych. Ciśnienie krwi było badane 1—2 razy na tydzień i wahało się od 120 do 130 mm. I podobno te małe, najzupełniej prawidłowe wahania miały służyć za punkt oparcia w stosowaniu tych lub innych zabiegów leczniczych i wnioskowaniu o ich skuteczności. Oczywiście żądaniu chorej odmówiłem, zaznaczając przytem, że badanie to w obecnym stanie jej zdrowia niema najmniejszego celu.

Przypadek drugi dotyczy chorej lat 45, która od wielu lat leczy się u mnie z powodu różnych dolegliwości nerwowych. W ostatnich kilku latach stwierdziłem objawy rozwijającego się powoli nadciśnienia pierwotnego, bez żadnych zmian w narządach wewnętrznych. Znając wrażliwość chorej, starałem się nie przywiązywać do tej sprawy większego znaczenia, unikałem na ten temat rozmów i stosowałem przeważnie leczenie kojące. Nie-

stety chora została uświadomiona w całej pełni przez innych lekarzy, od których dowiedziała się, że jej ciśnienie krwi wynosi około 190 mm., że są to początki „sklerozy", wymagające stałego leczenia. Świadomość ta spowodowała znaczne pogorszenie dolegliwości nerwowych. Prawdziwa tragedja rozegrała się dopiero w zdrojowisku X., gdzie lekarz podczas pierwszego badania chorej stwierdził ciśnienie powyżej 200 i na tej podstawie potraktował rokowanie i leczenie w sposób bardzo poważny. Skutki tej porady były wprost fatalne. Pomijając już zwiększenie dolegliwości nerwowych, chorą ogarnął tak wielki niepokój, że chciała natychmiast wyjechać i zasypywała mnie telegramami, co robić. Ostatecznie zdołałem ją nieco uspokoić, ale o skuteczności leczenia zdrojowego w podobnych warunkach nie mogło być mowy. Potrzeba było jeszcze wiele czasu i pracy, żeby usunąć całkowicie szkodliwy wpływ tej nierozważnej porady lekarskiej i rozproszyć urojone obawy.

Jako przykład niewłaściwego traktowania sprawy, pozwolę sobie przytoczyć jeszcze następujący przypadek. Chora lat 50, inteligentna, usposobienia żywego, pochłonięta pracą społeczną, ma od lat kilku nadciśnienie stale około 230 mm. Mimo uświadomienia co do istoty sprawy i pewnych nieznacznych zresztą dolegliwości, nie leczy się systematycznie z powodu braku czasu. Przed 3 laty wyjeżdża na kilka tygodni do Kissingen. Lekarz zdrojowy stwierdza ciśnienie około 250 mm, uzupełnia badanie to odpowiednim wykładem i, pozyskawszy zaufanie chorej, zmusza ją do bardzo energicznego leczenia. Chora stosuje się ściśle do wskazówek lekarza i poddaje się chętnie najrozmaitszym zabiegom, — upustowi krwi, dożylnym zastrzykiwaniom nitrosclerami, połyka różne leki, rzekomo obniżające ciśnienie i zachowuje bardzo ścisłą dietę. Lekarz kreśli krzywą ciśnienia i w końcu z zadowoleniem stwierdza, że zmniejszyło się ono prawie o 40. Wobec tego radzi chorej, żeby po powrocie do domu nie przerywała rozpoczętego a tak skutecznego leczenia i była pod stałą obserwacją lekarską. Chora uwierzyła święcie, że przy dobrej woli lekarza i bezwzględnem przestrzeganiu rad jego zdoła się wyleczyć, a przynajmniej wybitnie obniżyć ciśnienie. I jakkolwiek brzmi to paradoksalnie, ta właśnie wiara stała się później powodem moralnych i fizycznych cierpień. Myśl o zmniejszeniu ciśnienia wypełniła teraz całą treść jej życia. Chora porzuciła pracę, zaczęła zaniedbywać obowiązki rodzinne i bez szemrania poddawała się wszystkim proponowanym sposobom leczenia. Nie poprzestając na wędrówkach do lekarzy miejscowych, chora zasięgała porad w Warszawie, Krakowie i Wiedniu. Niestety po roku nieustających wysiłków i udręczeń chora przekonała się wreszcie, że ciśnienia krwi na stałe obniżyć nie można, że waha się ono po dawnemu od 220 do 240 mm. Tę gorączkę leczenia przerwała niespodziewanie długotrwała choroba i śmierć jednego z członków najbliższej rodziny. Chora, która zaczynała już tracić wiarę w skuteczność leczenia, pod wpływem wielkiego wstrząsu zapomniała zupełnie o swojem ciśnieniu, przestała się leczyć i powoli wróciła do umiłowanej pracy. I chociaż wydaje się to dość dziwnem, faktycznie jednak dopiero nieszczęście rodzinne zapewniło chorej jaką taką równowagę duchową i spokój, których pozbawiło ją długie i męczące leczenie.

Aczkolwiek w powyżej opisanych przypadkach występują w roli głównej przeważnie lekarze zdrojowi, nie mam bynajmniej zamiaru przypisywać im jakiegoś wyłącznego stanowiska w tej sprawie. Z mniejszemi lub większemi zmianami powtarza się ta sama historja na każdym prawie kroku w praktyce codziennej. Nietylko bowiem młodzi, ale i starzy doświadczeni lekarze praktyczni ulegają wpływowi rozpowszechnionej dziś mody, i uważają za swój obowiązek podawać do wiadomości chorych liczby, określające wysokość ciśnienia. Nie wątpię, że poszczególni lekarze zachowują się pod tym względem opornie, ale jeżeli mam sądzić na podstawie wrażeń osobistych, są to raczej wyjątki, które nie wpływają na zmianę stosunków.

Nadmieniłem już wyżej, że wszelkie rozmowy z chorymi na temat ciśnienia krwi i jego wahań uważam za zupełnie szkodliwe dla sprawy leczenia. Mówiąc choremu, że ciśnienie jego wynosi 200 lub 250, narażamy się z góry na pytanie, co znaczą te liczby. Oczywiście, nie wdając się w rozważania fizjopatologicznej natury, musimy w swych wyjaśnieniach posługiwać się tym językiem, który najłatwiej przemawia do umysłu chorych. I chociaż mijamy się z prawdą naukową, operujemy najczęściej pojęciem miażdżycy serca i naczyń, znanej powszechnie pod nazwą sklerozy. Wyraz ten, niezwykle popularny wśród wszystkich warstw publiczności, zdaje się wystarczać i mówić za siebie. I właśnie w ten sposób przyczyniamy się mimowoli do utrwalenia poglądu, że wysokość ciśnienia znajduje się w stosunku prostym do stopnia miażdżycy i służy za najlepszy jej wskaźnik. Mniej inteligentna publiczność żydowska, zgodnie ze swemi nawyknieniami myślowemi, traktuje wprost odpowiednie liczby, jako odsetki sklerozy. To też charakterystyczny zwrot: „Mam już 200% sklerozy" zdarza mi się słyszeć coraz częściej w opisie skarg chorych.

Niestety taka interpretacja wysokości ciśnienia jest nietylko śmieszna, ale nieraz głęboko tragiczna. Na podstawie osobistych wrażeń sądzę, że lekkomyślne nadużywanie wyrazu „skleroza" sprawia ludzkości więcej zgryzot i cierpień, niż sama choroba. Mimo fantastycznych pojęć o istocie sprawy chorobowej, o odkładaniu się w ustroju olbrzymich osadów wapiennych, chorzy wiedzą doskonale, że skleroza wiedzie z czasem do ciężkich chorób serca, mózgu lub nerek, które po krótszem lub dłuższem trwaniu kończą się śmiertelnie. Przecież każdy wypadek nagłej śmierci w wieku starszym wskutek porażenia serca, wylewu krwawego do mózgu, czy też wskutek jakiejś niewyjaśnionej przyczyny, opatrujemy oficjalnie etykietą sklerozy. W ten sposób rozpoznanie sklerozy staje się często owem groznem memento mori, które jak miecz Damoklesa, wisi nad życiem chorego.

Oczywiście wpływ tego rozpoznania na stan duchowy chorych musi być różny, zależnie od wieku i indywidualności. Każdy prawie człowiek po latach 60 zaczyna już odczuwać brzemię starości w stopniu większym lub mniejszym, musi więc stopniowo zmieniać tryb życia, kurczyć się i godzić powoli z nieubłaganemi prawami natury. I chociaż nie zdaje sobie dokładnie sprawy z istoty zachodzących w ustroju zmian starczych, wie dobrze, że są one smutną koniecznością życia i że skleroza gra tutaj pierwszorzędną rolę. To też dla człowieka starego rozpoznanie sklerozy nie jest jakiemś nowem i niespodziewanem odkryciem, jest raczej przykrem potwierdzeniem faktu, że radości życia i korzystanie z pełni praw jego nie są już przywilejem starości. Rzecz przedstawia się zgoła inaczej, jeżeli rozpoznajemy sklerozę u człowieka młodego około lat 40—45, który uważał się dotąd za zupełnie zdrowego i fizycznie sprawnego i którego tylko jakieś przypadkowe cierpienie skłoniło do zasięgania porady lekarskiej. Spadając, jak grom z jasnego nieba, rozpoznanie to w wybujałej wyobraźni chorego urasta do rozmiarów klęski, która powoduje nieraz głęboki przewrót w całem jego życiu. Dla osobników przeczulonych, nerwowych taka interpretacja każdej nadwyżki ciśnienia staje się iskrą, rzuconą niebacznie na materjał palny. Przewidywanie długiej i nieuleczalnej choroby serca, myśl o pęknięciu tętnicy mózgowej, o nagłej śmierci i inne obawy urojone, pochłaniają teraz całkowicie uwagę chorego, odbierają mu spokój i zdolność do pracy. Na tem tle rozwija się nałóg ciągłego szukania pomocy lekarskiej i ciągłej kontroli ciśnienia. Niestety ani wędrówki po różnych gabinetach lekarskich, ani dalsze wyjazdy do głośnych powag w kraju lub zagranicą bardzo często nie wiodą do celu. Dość znaczne bowiem różnice liczbowe ciśnienia, stwierdzone przez różnych lekarzy, powodują w umyśle chorego jeszcze większy zamęt, a każda większa, niż poprzednio, liczba potęguje trwogę. W związku ze wzmożoną samoobserwacją i odpowiedniem nastawieniem uwagi występują różne dolegliwości natury ściśle podmiotowej, które utwierdzają chorego w przekonaniu o grożącem mu niebezpieczeństwie i zmuszają do nowego leczenia.

Jak widzimy cały ten obraz kliniczny tworzy odrębną, dawniej nieznaną postać neurastenji, którą cechuje głównie obawa wzmożonego ciśnienia i którą dlatego możemy nazwać *nerwicą lękową nadciśnieniową* albo *tonofobją*. Dzięki rozpowszechnieniu badań tonometrycznych nerwicę tę spostrzegamy coraz częściej w praktyce codziennej. Rozpoznanie jej ma doniosłe znaczenie praktyczne, ponieważ wszelkie próby leczenia według utartego szablonu, mającego na celu wyłącznie zmniejszenie ciśnienia, nie dają pożądanych wyników. Rozpoznanie zaś w poszczególnych przypadkach może być nawet trudne, ponieważ *dolegliwości chorych, powstające pod wpływem samopoddawania i lęku, mogą występować łącznie z objawami, zależnemi od zaburzeń czynnościowych lub zmian organicznych na tle nadciśnienia.* Zdarza się np., że chory, który miewał lub miewa jeszcze od czasu do czasu napady dusznicy bolesnej, skarży się na mniej lub więcej stałe i przykre sensacje w klatce piersiowej, które nie mają żadnego innego powodu oprócz nadmiernej wrażliwości i lęku. W ten sposób powstają nieraz zawiłe i zagmatwane zespoły objawowe, które wyjaśnić może tylko należyta krytyka, oparta oczywiście nie na wynikach tonometrycznego badania, ale na dokładnem poznaniu psychiki chorego.

W powyższych przypadkach dolegliwości chorych przypominają w pewnym stopniu objawy właściwe sklerozie, których znajomość dzięki spopularyzowaniu wiedzy lekarskiej jest dzisiaj powszechną. Chorzy skarżą się przedewszystkiem na ból w klatce

piersiowej, zwłaszcza w lewym boku lub w okolicy serca, często jednak nie mogą bliżej określić ani siedziby bólu, ani charakteru. Jedni odczuwają stale jakieś przykre uczucie, inni doznają bólu mniej lub więcej silnego w pewnych chwilach i okolicznościach. W każdym razie ból ten występuje niezależnie od ruchu i wysiłków fizycznych, kiedy uwaga pochłonięta jest innemi sprawami, natomiast daje się odczuwać więcej w przerwach od pracy, podczas odpoczynku lub leżenia w łóżku. Każde podniecenie, a zwłaszcza wiadomość o zwyżce ciśnienia potęguje te dolegliwości. W niektórych przypadkach zachowanie się chorych jest dosyć charakterystyczne i rzuca pewne światło na istotę sprawy. Podczas badania zdradzają oni silny niepokój i zdenerwowanie, chwytają się oburącz za serce, jęczą i stękają, zwłaszcza przy mocniejszem opukiwaniu serca, odsuwają na stronę słuchawkę lub rękę lekarza. Jednakże ten zewnętrzny wyraz cierpienia najczęściej nie jest wcale oznaką prawdziwego bólu, jest raczej sztuczną dekoracją strachu i jakichś nieokreślonych i niemiłych sensacji, którą świadomie lub nieświadomie posługuje się chory, żeby wywrzeć na lekarzu i otoczeniu odpowiednie wrażenie. Czynność serca może być przytem zupełnie prawidłowa, czasami bywa przyspieszenie tętna i pojedyńcze skurcze dodatkowe wskutek podniecenia.

Jeśli dolegliwości te występują okresowo, z większemi lub mniejszemi przerwami, np. kilka razy dziennie, to przypadki takie bywają względnie często rozpoznawane, jako poronne postaci dusznicy bolesnej. Naturalnie, rozpoznanie to mści się fatalnie na stanie duchowym chorych i sprawie leczenia. Trwające tygodniami leżenie w łóżku, upusty krwi, różne środki, obniżające ciśnienie, stosowane larga manu azotyny nietylko nie usuwają cierpienia, ale przeciwnie pogarszają stan chorych. Natomiast uspokojenie, rozwianie obaw urojonych, zakaz mierzenia ciśnienia, zachęta do podjęcia pracy wywierają nieraz wprost zbawienny skutek.

Zasługuje na wzmiankę, że niektórzy chorzy łącznie z bólem serca doznają pewnych przykrych sensacji, np. mrowienia, drętwienia, w całej lewej połowie ciała wraz z głową. Sądzę, że w tych przypadkach mamy do czynienia z zespoleniem w wyobraźni chorego dwóch urojonych i niezależnych cierpień, a mianowicie, dusznicy bolesnej i lewostronnego porażenia ciała. Dowodzi tego, między innemi, rzucane lekarzowi pytanie, czy nie zagraża w danym razie niebezpieczeństwo wylewu krwawego do mózgu, a następnie szybkie znikanie tych objawów po uspokojeniu chorego. Ponieważ w niektórych przypadkach dolegliwości ściśle nerwowe mogą się splatać z objawami, powstającemi na tle nadciśnienia, w celach rozpoznawczych konieczne jest wszechstronne zbadanie chorego i rozważenie wszystkich wchodzących w grę okoliczności.

Oczywiście, powyżej opisane objawy lękowe występują w stopniu najsilniejszym u ludzi z natury nerwowych, skłonnych do samoobserwacji i nadmiernie wrażliwych. Jednakże uważam za konieczne podkreślić, że nawet ludzie zupełnie zdrowi pod względem nerwowym tracą równowagę i spokój i załamują się duchowo pod wpływem niewłaściwego i długotrwałego leczenia. Dla każdego człowieka, będącego jeszcze w sile wieku i uważającego się dotąd za zupełnie zdrowego, już pierwsza wiadomość o nadciśnieniu i przedwczesnej sklerozie, jako chorobie przewlekłej i nieuleczalnej, jest pewnego rodzaju ciosem, który budzi szereg najprzykrzejszych uczuć, wżerających się głęboko w jego całą psychikę. Późniejsza zaś obserwacja lekarska z tą ciągłą kontrolą ciśnienia, ustawiczne rozmowy na temat jego wahań liczbowych, jednostronna walka z każdą nadwyżką ciśnienia i częsta bezowocność podejmowanych w tym celu wysiłków, wszystko to odbiera niejednemu choremu resztkę nadziei i złudzeń. To też nie należą do wyjątków przypadki, w których chorzy mimo bardzo wysokiego ciśnienia (powyżej 200 mm) czują się doskonale i nie podejrzewają u siebie nic złego, a u których dopiero rozpoznanie sklerozy staje się źródłem rozmaitych cierpień i przyczyną nieustających wędrówek po różnych gabinetach lekarskich.

Zgóry przewidzieć można, że w tych warunkach wszelkie leczenie farmakologiczne nie osiągnie celu i nie zmniejszy ciśnienia. A przyznać trzeba, że energja nasza pod tym względem jest niewyczerpaną i zasługuje na podziw. Dzięki rozwojowi przemysłu chemicznego posiadamy bogaty arsenał środków, obniżających ciśnienie, które stosujemy pod najrozmaitszemi postaciami, odmianami i nazwami w ciągu tygodni, miesięcy a nawet lat, jeżeli tylko chorzy mają niezbędną cierpliwość i wytrzymałość. W sposobie przepisywania tych środków, w ich kolejnym doborze i tworzeniu różnych kombinacji zdradzamy nieraz pomysłowość, która może współzawodniczyć z pomysłowością i gorliwością wytwórni chemicznych. Dobra wiara w skuteczność tych środków dochodzi do tego, że potrafimy przepisać choremu jednocześnie 3—4 lekarstwa, zawierające około 20—30 rozmaitych składników kojących i rzekomo obniżających ciśnienie. Widok tych recept przypomina mi zawsze znaną opowieść o tym dobroczyńcy ludzkości, co to jedną ręką hojnie rozrzuca swe dary, a skinieniem drugiej każe je natychmiast odbierać. Czy to mnóstwo leków, przepisanych naraz, zdoła uspokoić chorego, w którego duszy zagnieździło się zwątpienie lub rozpacz, i nie utwierdzi go raczej w przekonaniu, że choroba jest istotnie niebezpieczna i ciężka?

Wobec tych rozważań samorzutnie powstaje pytanie czy atmosfera stałego niepokoju i lęku, współtowarzysząca tak często leczeniu, nie zwiększa ciśnienia i nie sprzyja właściwie rozwojowi podstawowej choroby. Aczkolwiek etjologja nadciśnienia pierwotnego nie została jeszcze wyjaśnioną, należy przypuszczać, że jest to cierpienie konstytucjonalne, w którego powstawaniu czynniki nerwowe grają pierwszorzędną rolę. Dowodzi tego, między innemi, fakt wielkiego rozpowszechnienia tej choroby w czasach powojennych, zwłaszcza u żydów, o czem mówiłem na wstępie. Nieliczne prace doświadczalne, które miały na celu określić bliżej wpływ czynników psychicznych na ciśnienie krwi w warunkach prawidłowych, zdają się przemawiać za tem, że nawet krótkotrwałe podniecenie duchowe powoduje lekkie i przemijające zwiększenie ciśnienia. Podług badań Z a b e l'a (4), A r r a k'a, B i n e t'a i V a s c h i d e'a (5) [1]) wynosi ono około 20 mm. Mojem zdaniem, sprawa ta wymaga nieco większej uwagi, albowiem systematyczne badania doświadczalne mogłyby rzucić wiele światła na warunki powstawania choroby.

Wiedząc, jak silny wpływ wywierają nasze stany duchowe na czynność ośrodków naczynioruchowych, mamy prawo sądzić, że między stanem ciśnienia krwi a jakością i natężeniem różnych uczuć i wzruszeń istnieje ścisła współzależność. Im więcej pewne uczucie jest przykre, im silniej przykuwa ono uwagę i wstrząsa całą naszą istotą wewnętrzną, tem ciśnienie krwi będzie odpowiednio większe. Jest wielce prawdopodobne, że uczucia bardzo przykre, oddziaływując przez czas dłuższy stale, w razie istnienia odpowiedniego podłoża konstytucjonalnego, mogą spowodować nadciśnienie trwałe. Niestety wpływ tego czynnika jest zupełnie niedoceniany w praktyce codziennej. *To też przepisując choremu najenergiczniejsze leczenie, a równocześnie siejąc w jego duszy niepokój i trwogę, nie tylko narażamy się zgóry na niepowodzenie, ale przyczyniamy się mimowoli do zwiększenia ciśnienia i postępów choroby.*

Widzimy więc, że stosunek nasz do chorych, dotkniętych nadciśnieniem pierwotnem, powinien ulec zasadniczej zmianie. *Podstawą całego naszego postępowania powinno być leczenie psychiczne*, pojęte w jak najszerszem znaczeniu. Ponieważ nadciśnienie może trwać kilkanaście lat z rzędu, od pierwszej chwili zetknięcia się z chorym należy oszczędzać jego układ nerwowy, starannie unikać wszystkiego, co bez wyraźnej potrzeby mogłoby zakłócać jego spokój duchowy i zwiększać nadmierną pobudliwość ośrodków naczynioruchowych. Z tego stanowiska *wszelkie wyjaśnienia i rozmowy na temat przedwczesnej sklerozy, wysokości ciśnienia i jego wahań liczbowych są niedopuszczalne.* Przy dobrej woli zdołamy zawsze w swych wyjaśnieniach ominąć najdrażliwsze momenty i nawet stłumić rozbudzoną sztucznie namiętność ciągłego tonometrycznego badania. W okresach, kiedy chory czuje się dobrze i niema żadnych objawów naczyniowo-kurczowych, obserwację lekarską należy możliwie ograniczyć. O systematycznem kreśleniu krzywych ciśnienia, w myśl postulatów ścisłej obserwacji klinicznej, już ze względów technicznych nie może być mowy. Zapewne, jeżeli chcemy oprzeć rozpoznanie i leczenie na ścisłej podstawie, musimy wielokrotnie powtórzyć badanie, ale mierzyć ciśnienie stale i systematycznie, żeby otrzymać odpowiednią krzywą, można tylko w szpitalu lub zakładzie leczniczym. Pod tym względem istnieje zupełna rozbieżność między wymaganiami teorji i życia. Przecież stała kontrola ciśnienia, wobec długoletniej choroby i szkodliwego wpływu na psychikę chorych, musiałaby dawać opłakane wyniki lecznicze. W każdym razie, jeżeli lekarz przez pewien czas kreśli krzywą ciśnienia,

---

[1]) W piśmiennictwie polskiem zasługuje na uwagę cenna praca Dra J. Putermana p. t. „Wpływ egzaminów szkolnych na układ krwionośny", ogłoszona w 1902 r. w Gazecie Lekarskiej (T. XXII). Autor badał ciśnienie krwi przy pomocy tonometru Gaertnera. Porównywując wysokości ciśnienia krwi przed samym egzaminem z ciśnieniem krwi badanem wcześniej i danemu osobnikowi właściwem, autor przekonał się, że wzruszenia, towarzyszące egzaminowi, zwiększają ciśnienie krwi o 10—20 mm, rzadziej o 20—40 mm.

to bezwarunkowo nie powinien dawać jej do rąk, ani też pokazywać choremu.

Ta sama zasada dbałości o spokój chorego powinna przyświecać całemu systemowi leczenia. Wybór tych lub innych środków z bogatego arsenału farmakologicznego, sposób ich zastosowania, dieta, długi szereg przepisów i różnych zakazów — wszystko to powinno być ściśle przystosowane do okoliczności, warunków życia i indywidualności chorego. Tymczasem w praktyce codziennej nie tylko odbiegamy daleko od tego zasadniczego postulatu każdego racjonalnego leczenia, ale przeciwnie zmierzamy na celu, którego niestety na razie osiągnąć nie można, drogą zwykłego i utartego szablonu. Zapatrzeni w tonometr, tracimy z oczu osobnicze właściwości każdego przypadku i zapominamy zupełnie o ważnej roli różnych czynników psychicznych. Nie będę rozwodził się szerzej nad przykremi stronami uporczywego, trwającego miesiącami i latami leczenia. Wspomnę tylko o przesadnej i męczącej diecie, skutkiem której chory musi wywalczać sobie każdą szczyptę soli, każdą łyżkę rosołu lub kawałek mięsa. Wspomnę o dręczących zakazach, które przekreślają gwałtownie różne nawyknienia życiowe i w najwyższym stopniu krępują swobodę, utrudniając wprost życie. A jednak te wszystkie ofiary, składane latami na ołtarzu zdrowia, nie dają ostatecznie upragnionego wyniku. Chory przekonywa się bowiem, że wszystkie wysiłki, podejmowane w celu obniżenia ciśnienia, okazują się płonne, że ciśnienie z biegiem lat powiększa się nawet i utrwala w końcu na jednakowym, mniej lub więcej wysokim poziomie.

* * *

Kładąc główny nacisk w leczeniu nadciśnienia na psychoterapję, nie mam bynajmniej zamiaru odmawiać wszelkiej wartości polecanym w podręcznikach i stosowanym ogólnie metodom leczniczym. Wierzę i z własnego doświadczenia wiem dobrze, że pod wpływem tych lub innych środków farmakologicznych, diety, zabiegów, zmiany warunków życia, ciśnienie krwi na czas pewien się zmniejsza (np. o 20—25 mm). Zgodnie z prof. Januszkiewiczem (6) mogę powiedzieć że w wielu przypadkach „w miarę spadania ciśnienia samopoczucie ulega poprawie", chociaż w praktyce codziennej zdarza się częściej, że stan podmiotowy chorego poprawia się znacznie a wysokość ciśnienia pozostaje bez zmiany. Zresztą ten krótkotrwały spadek ciśnienia, który naogół łatwiej daje się osiągnąć w klinice, niż w warunkach praktyki domowej, nie gra poważniejszej roli w ogólnym przebiegu i rozwoju choroby. Tkwiąc swemi korzeniami głęboko w konstytucjonalnych własnościach ustroju, choroba niestety toczy się i rozwija dalej.

Z drugiej zaś strony, czy możemy być pewni, że sztuczne obniżenie ciśnienia, zwłaszcza w dalej posuniętych okresach choroby, jest istotnie dla ustroju korzystne. Przecież i na tym punkcie panuje dość znaczna rozbieżność poglądów. Podług Morawitza i Weissa (7) w wielu przypadkach wpływa ono szkodliwie na dynamikę krążenia, wywołuje różne zaburzenia naczyniowo-kurczowe i znaczne pogorszenie stanu ogólnego (odczyn paradoksalny Weissa). Więc i pod tym względem należałoby zachować ostrożność, a przynajmniej taktykę walki z ciśnieniem opierać na ściśle indywidualnych wskazaniach.

Wszyscy klinicyści zgadzają się, że w obecnym stanie naszej wiedzy lekarskiej leczenie nadciśnienia nie daje zadawalających wyników. „Co prawda, możemy choryrn sprawić znaczną ulgę, usunąć rozmaite dolegliwości, możemy zadziałać na stan podmiotowy chorego i odpowiednią psychoterapją powrócić mu utraconą wiarę w zdrowie, możemy nawet zatrzymać poniekąd rozwój sprawy, ale nie możemy jej odwrócić" (Januszkiewicz).

Ponieważ walka z czynnikami konstytucjonalnemi choroby niema na razie żadnych widoków powodzenia, powinniśmy dążyć do tego, żeby przynajmniej zwolnić, osłabić samorzutny rozwój nadciśnienia i utrzymać jak najdłużej okres fizycznej i duchowej sprawności chorego. Ale żeby to zadanie spełnić, gabinet lekarski musi zasadniczo zmienić swe oblicze. Zamiast być kuźnią recept i surowych dręczących orzeczeń, stać się on powinien świątynią, którą chory opuszczać będzie nie z uczuciem beznadziejności i rozpaczą w sercu, ale z wiarą w swe zdrowie, ukojeniem i pogodą ducha.

Piśmiennictwo:

1) Dr. Louis Ramond: Conférences de Clinique Medicale pratique. T. I. Paris. 1923, str. 53. — 2) Roman Glassner: Uwagi o wzmożonem ciśnieniu krwi i nowym środku „Pacyl" obniżającym ciśnienie krwi. Pol. Gaz. Lekarska, Nr. 47, 1928. — 3) Henryk Higier: Lekarz a lecznictwo. Warsz. Czas. Lek. Nr. I. 1928. — 4) Zabel. M. m. W. 1910, s. 2278, cyt. podług Fischera, Med. Kl. Nr. 17, 1930. — 5) Binet et Vaschide: C. r. Acad. Sc. 124, s. 44. — 6) Aleksander Januszkiewicz: Nadciśnienie tętnicze. P. Arch. Med. Wewn. Tom VII, Zeszyt 3. 1929. — 7) Dr .R. F. Weiss: Die konstitutionelle arterielle Hypertonie. Berlin, 1927, str. 27.

Dr. B. SKARZYŃSKI. Kraków.

Znaczenie nowszych zdobyczy biochemji lipoidów dla nauki o odżywianiu.

Z Zakładu chemji lekarskiej U. J. w Krakowie.
Dyrektor: Prof. Dr. L. Marchlewski.

Ostatnich kilkanaście lat stanowi okres, coraz to wyraźniej zaznaczających się zasadniczych zmian w pojęciach nauki o odżywianiu. Klasyczna nauka o odżywianiu, będąca wynikiem pracy całego życia Voita, Zuntza Rubnera i Benedicta, rozpatrująca pokarmy tylko z punktu widzenia ich energetycznej wartości, coraz bardziej zmuszona jest udzielać ustępstw na rzecz tych poglądów, które wartość pokarmów dla ustroju upatrują nietylko w ilości zawartej w nich energji potencjalnej ale i w ich biologicznej jakości. Pierwszy wyłom w tej dziedzinie otworzyła nauka o witaminach, ale w zakresie składników pozornie znanych już pod względem chemicznym i w większych ilościach w pokarmach występujących, coraz to częściej nie tylko ilość ale i *jakość* jest brana pod uwagę. Dziś już nawet jeden z twórców klasycznej nauki o odżywianiu Maks Rubner zarzuca swój ściśle energetyczny punkt widzenia w rozpatrywaniu wartości pokarmów, a skądinąd świetne umysły, jak np. Pirquet, uporczywie przeliczając wartość pokarmów na jednostki, nie uwzględniające jakościowych różnic między poszczególnemi rodzajami pokarmów, należą do wyjątków. Zrozumiałem jest, że przecież np. dla odnowy pewnej objętości krwi stale w ustroju ulegającej zniszczeniu, z pośród różnych składników pokarmowych o tej samej wartości energetycznej, różnych będzie potrzeba ilości. Ale podstawowym warunkiem dalszego rozwoju takiego *jakościowego* kierunku w nauce o odżywianiu jest odpowiedni stan biochemji, która wyjaśniając budowę chemiczną rożnych związków wchodzących w skład pokarmów, poznając losy jakim te związki ulegają w ustroju, może wyjaśnić znaczenie ich w sprawach życiowych poszczególnych tkanek.

Znaczenie lipidów dla zjawisk rozgrywających się w obrebie komórki, zaczęto uświadamiać sobie od czasów klasycznych badań Overtona nad treścią uśpienia i jego poglądu na błony lipoidowe otaczające protoplazmę. Znaczenie to przypisywano głównie fizyko-chemicznym własnościom lipoidów, ich zdolności tworzenia koloidalnych zawiesin i zdolności utrzymywania w roztworze wodnym związków skądinąd we wodzie nierozpuszczalnych. Bogate piśmiennictwo w tej dziedzinie dostarcza obficie przykładów co do znaczenia lipoidów we fizykochemji komórki. W miarę postępów badań fizjologiczno-chemicznych poznawano jednak coraz to więcej związków należących do grupy lipoidów, które znaczenie swe dla ustroju zawdzięczały nietyle swym fizykochemicznym własnościom ile swoistej budowie chemicznej, pewnym ugrupowaniom atomowym, nadając im osobliwe własności biochemiczne. Do wielkiego działu lipoidów zalicza się dziś aż trzy rodzaje witaminów, witaminy A, D. i E. Do cholesterolu wydają się być zbliżone w swych chemicznych własnościach hormony płciowe. Zdaniem serologów cały szereg wywoływaczy ma cechy lipoidów. W ostatnich miesiącach Anderson wyosobnił z laseczników gruźlicy dosyć dobrze określony już kwas tłuszczowy, kwas *ftioidowy*, którego znikoma ilość powoduje powstanie w tkankach charakterystycznych dla gruźlicy zmian histologicznych.

Dokładne badania nad rozmieszczeniem lipoidów w tkankach wykazały (White, Bloor), że istnieje ścisły związek między dzielnością narządów a zawartością w nich lipoidów. Narządy najbardziej czynne (serce, przepona, wątroba, nerka) zawierają tych lipoidów najwięcej. W warunkach chorobowych ilość i jakość tych lipoidów ulega zmianom. Znamy schorzenie, chorobę Gauchera, w przypadku której w śledzionie gromadza się w dużych ilościach lipoidy, spotykane w większych ilościach tylko w ośrodkowym układzie nerwowym. Jest bardzo prawdopodobnem że różnice w rozmieszczeniu lipoidów polegają na swoistych właściwościach chemicznych tych związków, pozwalających im odgrywać bliżej niewyjaśnione zadanie w metaboliźmie komórki.

Poważną przeszkodą stojącą na drodze poznania znaczenia lipoidów w poszczególnych narządach stanowi bardzo niedokładna dotychczas znajomość własności chemicznych tych związków. Lipoidy bardzo łatwo łączą się przez czysto fizyczną absorbcję z ciałami o innym charakterze chemicznym, np. z białkami, przyczem połączenia te są tak trwałe, że robią wrażenia zupełnie jednolitych związków. Chemja lipoidów jest prawdziwym cmentarzyskiem takich związków chemicznych jak jekoryna, kuoryna, sahidyna, które przez pewien czas uchodziły w nauce jako chemiczne jednostki, aby okazać się później mieszaniną znanej lecytyny z zanieczyszczeniami nielipoidalnemi. Przy dzisiejszym stanie nauki wiemy, że poza cholesterolem, którego znaczenie dla ustroju stanowi dziś już osobną dziedzinę badań, najwybitniej znachodzą się w tkankach lipoidy w postaci fosfatydów, związków zbudowanych z gliceryny, kwasów tłuszczowych, kwasu fosforowego i zasad azotowych. Zasadnicza budowa chemiczna fosfatydów, których znamy dwa rodzaje — lecytynę i kefalinę, jest stosunkowo prosta, istnieją jednak rozległe możliwości dla występowania tych związków chemicznych w najróżnorodniejszych odmianach, których wzajemne subtelne różnice dadzą się dotychczas jedynie na drodze biologicznej wykazać. Jakie z tych możliwych odmian występują w świeżych tkankach, tego na drodze badań chemicznych nie da się z całą pewnością określić. Przyczyną tego jest zarówno niedoskonałość metod analitycznych chemji jak i ogromna wrażliwość fosfatydów na działanie czynników zewnętrznych z jakiemi połączone są chemiczne zabiegi. Światło, wyższa ciepłota, tlen atmosferyczny, zmieniają bardzo łatwo własności lipoidów tkankowych. Poznanie biologicznej roli lipoidów zależeć będzie w znacznej mierze od tego, czy pracowniom chemicznym uda się wyosobnić z tkanek lipoidy w takiej postaci, w jakiej w prawidłowych warunkach w organiźmie występują. Okoliczność ta posiada doniosłe znaczenie również i dla odżywiania. Stosowanie w pokarmach przetworów lipoidowych w takiej postaci w jakiej w ustroju lipoidy występują, możliwe jest tylko wtedy, gdy przetwory przygotowane są z zastosowaniem osobliwych środków ostrożności jak to już dziś Fabryka Promonta w Hamburgu robi, czemu też przypisać można powodzenie tych preparatów.

Nie ulega wątpliwości, że organizm zwierzęcy potrafi w pewnych granicach syntetyzować lipoidy niezbędne dla swych tkanek. Stwierdzono to odnośnie do fosfatydów (Fürbringer, Röhmann), a istnieją poważne dane pozwalające przypuszczać, że nawet tak złożony związek jak cholesterol może być przez ustrój zwierzęcy syntetyzowany (Thannhauser, Kenzo-Kussui). Te zdolności syntetyczne nie są jednak zbyt rozległe i zawartość lipoidów w tkankach, a co za tem idzie przebieg procesów fizjologicznych zależnych od obecności lipoidów, jest uwarunkowany do pewnego stopnia dowozem lipoidów w pokarmach. Wielka ilość doświadczeń fizjologicznych i spostrzeżeń klinicznych wskazuje na to, jak wielką rolę odgrywają lipoidy zawarte w pokarmach, w sprawach przemiany materji i że w zagadnieniu odżywiania nie tylko wartość energetyczna lipoidów, jak dotychczas, ale i wartość biologiczna tych związków musi być uwzględniona.

Ciekawym jest związek, jaki zachodzi między podawaniem lipoidów w pokarmach a gospodarką białkową. Już dawniejsi badacze (Danilewski, Słowcow, Zuntz) zauważyli że dodawanie lecytyny do pokarmu wzmaga znacznie osadzanie się białka w ustroju. Nie brak było coprawda również i ujemnych wyników, ale trzeba wziąść pod uwagę to, na co zwracano niejednokrotnie uwagę ze strony chemików, że nigdy niema się pewności, gdy się mówi o lecytynie lub jakimś innym lipoidzie, że naprawdę w tym wypadku stosuje się ten związek o którym mowa. Wspomniana już wybitna wrażliwość na działanie czynników zewnętrznych utrudnia rozporządzanie preparatami lipoidów w stanie rodzimym. Ostatnie lata przyniosły jednak szereg badań z tej dziedziny (Weygandt, Reiter) opartych na posługiwaniu się preparatami lipoidów otrzymywanemi w sposób możliwie nienaruszający pierwotnej ich budowy które potwierdziły dawniejsze wnioski o wpływie lipoidów na przemianę białkową. Ciekawe są badania Wheeler-Hilla, który doprowadzając przez stałe niedożywianie bilans azotowy do stanu ujemnego, odzyskiwał równowagę azotową przez dodawanie do pożywienia drobnych ilości lipoidów (preparat P r o m o n t a).

Szeroko omawianą jest również sprawa łączności zachodzącej w przemianie materji między tłuszczami a lipoidami. Zwiększanie się ilości tłuszczu we krwi po podawaniu lipoidów w pokarmach i naodwrót, zwiększanie się ilości lipoidów po podawaniu tłuszczów (L e i t e s, H u e c k i W a c k e r) wyraźnie wskazuje na biologiczny związek zachodzący między temi ciałami. Panuje pogląd, że główny składnik tłuszczów, kwasy tłuszczowe krążą we krwi w postaci fosfatydów i połączeń z cholesterolem (M e i g s i B l a t h e r w i c k, B l o o r) i że fosfatydy są tą formą połączeń kwasów tłuszczowych, w postaci których kwasy tłuszczowe zawarte w pokarmach albo zapasach tłuszczowych ulegają przyswojeniu przez komórki i spaleniu (H u e k i W a c k e r, W e n d s).

Odrębny dział fizjologicznej i patologicznej biochemji lipoidów stanowią lipoidy tkanki nerwowej. Już sam fakt, że ośrodkowy układ nerwowy jest najbogatszem skupieniem lipoidów w ustroju że lipoidy stanowią 51—61% składników chemicznych mózgu a 64—68% rdzenia kręgowego (po odciągnięciu wody zawartej w tkance) wskazuje na wybitną rolę jaką bez wątpienia lipoidy w czynnościach układu nerwowego odgrywają. Zaznaczyć należy że w tkance nerwowej występują fosfatydy wyjątkowo tylko w innych tkankach napotykane, jak sfingomyelina i lipoidy niezawierające fosforu należące do wielkiej grupy cerebrozydów (kerazyna, frenozyna, nerwon), stanowiące poniekąd swoistą chemiczną właściwość tkanki nerwowej. Przedsięwzięte w ostatnich latach systematyczne badania nad rozmieszczeniem różnych rodzai w różnych częściach mózgu (G o r o d i s k a), doprowadziły do ciekawych spostrzeżeń dotyczących chemicznej topografji mózgu, wskazując na wybitny związek zachodzący między czynnością poszczególnych części mózgu a ich chemicznym składem. Z rozległych badań W i n t e r s t e i n a nad przemianą materji ośrodkowego układu nerwowego wynika, że w okresie czynności tkanki nerwowej fosfatydy zawarte w niej ulegają rozpadowi i że dodając w odpowiedniej postaci lipoidy mózgowe do płynów odżywczych można zmniejszyć nasilenie rozpadu związków azotowych zawartych w nerwach. Zaznaczyć należy że ustrój zużytkowuje lipoidy zawarte w tkance nerwowej bardzo ekonomicznie: w stadium najdalej posuniętego wyczerpania powodowanego głodzeniem, gdy wszystkie zapasy tłuszczu w ustroju są wyczerpane, mózg traci zaledwie 1% na wadze (V o i t). Natomiast wywołując sztucznie zaburzenia nerwowe, można zmniejszyć wybitnie zawartość lipoidów w tkance nerwowej, n. p. przy *polineuritis u ptaków*. Zresztą oddawna jest wiadomem że w przypadkach schorzeń ośrodkowego układu nerwowego zawartość lipoidów w tym organie zmniejsza się, n. p. przy *dementia paralytica* (G l i k i n), przy porażeniu postępującem (C a r b o n e-P i g h i n i, S i n g e r), przy zwyrodnieniach (S c a f f i d i). Toteż doprowadzenie do tkanki nerwowej lipoidów wraz z pokarmami wydawało się być z praktycznego punktu widzenia bardzo obiecującem zagadnieniem ale do niedawna jeszcze badania przeprowadzane w tym kierunku nie dawały żadnych wyników. Podawanie lecytyny zwierzętom doprowadzało tylko do obfitego osadzania się tego związku we wątrobie, ale nie w tkance nerwowej. (F r a n c h i n i, S a l k o w s k i). Przyczyny tych niepowodzeń należy szukać nietylko we wspomnianej chwiejności lipoidów, wrażliwości na działanie czynników zewnętrznych, zmieniających łatwo chemiczne właściwości lipoidów, ale i w tem na co zwrócili pierwsi uwagę serologowie, że lipoidy poszczególnych tkanek różnią się między sobą, ale delikatne te różnice nie dadzą się wykazać metodami chemicznemi. Wyraźnie określony pod względem chemicznym fosfatyd z mózgu nie jest pod względem biologicznym tymsamym z chemicznie tymsamym fosfatydem wątroby. Dopiero posługiwanie się przetworami lipoidowemi otrzymanemi z mózgu w sposób możliwie mało zmieniający ich własności, mogło w tym kierunku doprowadzić do lepszych wyników. S e r e j s k i w Moskwie przez wstrzykiwanie dożylne psom zawiesiny tkanki mózgowej albo lipoidów mózgowych przygotowywanych przez P r o m o n t ę uzyskiwał wybitne zwiększenie się ilości lipoidów w mózgu. S c h l i f w berlińskim zakładzie fizjologicznym, przez podawanie tych samych przetworów P r o m o n t y doprowadzał do prawidłowego poziomu sztucznie zwiększoną pobudliwość kory mózgowej u psów. A ponieważ i kliniczne spostrzeżenia z ostatnich lat wskazują na dodatni wpływ odżywiania lipoidami, szczególnie w stanach zdrowienia (N o n n e, M ü h l e n s, S c h i t t e n h e l m), spodziewać się należy że dalsza współpraca na tym polu chemji, fizjologji i medycyny klinicznej, doprowadzi nie tylko do teoretycznie ciekawych wyników ale będzie posiadać duże praktyczne znaczenie dla klinicysty.

Piśmiennictwo:

M a c l e a n: Lecithin and allied substances. London 1918. — T h i e r f e l d e r u. K l e n k: Cerebroside u. Phosphatide, Berlin 1930. — B l o o r: J. of Biol. Ch. 59, 543, 68, 33. — C a r b o n e u. P i g h i n i: Bioch. Z. 46, 451. — F r a n c h i n i: Bioch. Z. 6, 210. — G o r o d i s k a: Bioch. Z. 164, 446. — H u e c k u. W a c k e r: Bioch. Z. 100, 84. — L e i t e s: Bioch. Z. 184, 310. — M e i g s, B l a t h e r w i c k, a. C a r y: J. of Biol. Ch. 37, 1. — M u l z e r:

Klin. Woch. 1926, Nr. 50. — Reiter u. Reissmann: Klin. Woch. 1928. Str. 306. — Salkowski: Bioch. Z. 51, 407. — Schilf: D. Med. Woch. 1929, Nr. 17. Schittenhelm u. Massatsch. D. Med. Woch. 1925, 683. — Serejski: Bioch. Z. 201, 292. — Weygandt: Med. Klin. 1922, Nr. 7.

A. LANDAU, J. GLASS i M. MARKSON. Warszawa.

Studja kliniczne nad surowiczem zapaleniem opłucnej i jego etjologią.

Z I-go Oddziału wewn. Szpitala Wolskiego w Warszawie.
Kierownik: Dr. A. Landau.

Dokończenie.

Należy sobie obecnie zadać pytanie, czy ujemny wynik szczepień na świnkach morskich w naszych przypadkach pozwala wyłączyć etjologję gruźliczą wysięku? Bezwzględnie nie. Wynik szczepienia zależy nietylko od obecności względnie braku zarazka gruźliczego wysięku, ale również od jego rodzaju, ilości i zjadliwości, jak również i od odporności indywidualnej świnek. O tem, jakie ma tu znaczenie odporność indywidualna świnek na jad gruźliczy, świadczy choćby to, że widzieliśmy 3 takie przypadki, w których z 2-ch świnek szczepionych tego samego dnia, w taki sam sposób, tym samym wysiękiem — jedna padała w ciągu kilku tygodni, wykazując na autopsji typowy klasyczny obraz gruźlicy, a druga żyła długo i uśpiona nieraz po 3-ch, 4-ch miesiącach nie wykazywała najmniejszych zmian gruźliczych.

Jeszcze większe znaczenie ma tu przyczyna inna. Wysięk gruźliczy opłucnej może po pewnym czasie sam się wyjałowić doszczętnie. Z badań Besançona i Griffona (33), Ramonda i innych wynika, że w miarę trwania wysięku, zmniejsza się w nim ilość zarazka gruźliczego. Karwacki (13) wykazał *in vitro* bakteriolityczne własności samego wysięku opłucnego. Aschoff (9) miał 32% ujemnych wyników szczepień, szczepiąc świnkom morskim pewne zupełnie wysięki gruźlicze. Również i na naszym materjale z 4-ch przyp. wtórnych wysięków opłucnowych bezsprzecznie gruźliczych, tylko w 3-ch przypadkach otrzymaliśmy dodatni wynik szczepień. Otóż w naszych przypadkach pierwotnych wysięków opłucnowych, gdzie wyniki szczepień pozostały ujemne, przeciętna czasu, która dzieliła zjawienie się wysięku od jego zaszczepienia świnkom była większa, aniżeli w tych przypadkach, w których wysięk szczepiony dawał typowy obraz gruźlicy u świnek: szczepienia te wykonywane były tu częściej już w okresie bezgorączkowym.

Ujemny wynik szczepień może jeszcze zależeć od całego szeregu innych przyczyn. Niektórzy autorzy uważają przedewszystkiem, że wysięk opłucnej, który zjawia się w I-ym lub II-im okresie Rankego gruźlicy, może prątków wogóle nie zawierać, albowiem może on być pochodzenia niebakteryjnego, ale toksycznego, allergicznego (Besançon i Weill (11). Wtedy oczywiście wynik szczepienia jest ujemny.

Na sprawę tę rzucają dalej światło badania Karwackiego (13, 15). Wykazał on, że prątek gruźliczy w płynach opłucnowych ulec może zmianom mutacyjnym, że hodowany na odpowiednich pożywkach rosnąć może już w pierwszej generacji, jako prątek niekwasoodporny lub jako ziarnik streptotryksa, a który przy przeszczepieniu dalszem dopiero zamieniać się może w prątek kwasoodporny. W płynach opłucnowych zachodzić może mutacja prątka gruźliczego, który przeistoczyć się może w postać niekwasoodporną. Dzieje się to, jak stwierdził Karwacki, dzięki własnościom bakterjolitycznym i mutacyjnym samego płynu wysiękowego, który w pewnych warunkach *in situ* może wyjaławiać, bądź dokonywać mutacji zarazka gruźliczego w sensie morfologicznym i hodowlanym. Wobec tego, że Karwacki (13), nie szczepił tych postaci mutacyjnych świnkom morskim, nie wiemy jeszcze, czy jad ten, zmieniony pod względem morfologicznym i hodowlanym, nie zmienia również swych własności biologicznych, a więc czy wywołać on jest w stanie klasyczną gruźlicę u świnek morskich.

Sprawa związku pomiędzy powyższemi postaciami mutacyjnemi prątka gruźliczego a t. zw. zarazkiem gruźlicy przesączalnym, wobec tego, że Karwacki nie przesączał swych postaci mutacyjnych przez świecę Chamberlanda, jest również jeszcze niewyjaśniona.

Znaczenie zarazka przesączalnego gruźlicy w etjologji wysięków pierwotnych opłucnych mieć może, zdaniem naszem, doniosłe znaczenie w interpretacji ujemnych wyników szczepień opłucnych na świnkach morskich. Nie chcąc tu obszernie omawiać tej sprawy, ograniczymy się tylko do przypomnienia, że, jak to wynika z badań Valtisa, Arloinga i Dufourea, Courmonta, Calmetta (34) i innych, poza klasyczną postacią kwasoodpornego prątka, istnieje jeszcze postać przesączalna jadu gruźliczego, która przechodzi przez sączki Chamberlanda i po zaszczepieniu przesączu tego świnkom morskim, nie wywołuje u nich klasycznej gruźlicy, ale ściśle określony zespół chorobowy. Polega on bądź na przemijającem charłactwie świnek, trwającem kilka miesięcy, przyczem śródskórne odczyny tuberkulinowe wypadają w tym okresie dodatnio, bądź też (postać częstsza) zastrzyknięcie przesączu tego powoduje u świnek mniej lub bardziej znaczne obrzmienie odosobnionych lub wszystkich gruczołów chłonnych, jednak bez ich zserowacenia. Świnki szczepione przesączem gruźliczym żyją długo, nie padając wcale lub dopiero po upływie dłuższego czasu. Na autopsji, nie stwierdza się wówczas obrazu klasycznej gruźlicy, natomiast w obrzmiałych gruczołach chłonnych po długotrwałem i mozolnem poszukiwaniu udaje się znaleźć pojedyncze kwasoodporne prątki. Istnienie zarazka przesączalnego gruźlicy nie zostało jeszcze przez wszystkich uznane, zwłaszcza w Niemczech (Fessler, Lydia Rabinowitsch, B. Lange i t. d.).

Czy w wysiękach opłucnych wchodzi w grę również zarazek przesączalny gruźlicy?

Żeby na pytanie to odpowiedzić, poszukiwaliśmy postaci przesączalnych gruźlicy w 4-ch przypadkach pierwotnych wysięków opłucnowych. Wysięk opłucnowy po rozcieńczeniu dwukrotnem fizjologicznym roztworem soli kuchennej przesączaliśmy przez sączek Chamberlanda L_2, w sposób podany przez autorów francuskich. Podamy tu protokoły badań.

Przypadek Nr. 2. Dnia 24. I. 1928 r. dwu świnkom morskim zaszczepiono w sposób zwykły podany wysięk opłucnowy i równocześnie trzeciej śwince — przesącz tegoż wysięku. U obu świnek szczepionych wysiękiem nieprzesączonym dnia 3. III. próba tuberkulinowa wypadła dodatnio w rozcieńczeniu 1/50, a dnia 4. III. nakłucie obrzmiałego gruczołu chłonnego wykazało obecność licznych kwasoodpornych prątków. Dnia 27. V. i 30. V. obie świnki padły, a na autopsji stwierdzono rozległe zmiany gruźlicze wszystkich narządów. Świnka, której zaszczepiono przesącz tegoż wysięku, wykazywała stale ujemne śródskórne odczyny tuberkulinowe (w rozcieńczeniu 1/100, 1/50, 1/20 i nawet 1/10) i brak wszelkich zmian zewnętrznych ze strony gruczołów chłonnych. Uśpiono ją dnia 8. IV., czyli po upływie 10-u tygodni od czasu zaszczepienia. Na autopsji nie stwierdzono żadnych zmian patologicznych, a w rozmazach sporządzonych ze wszystkich niepowiększonych gruczołów chłonnych, mimo najstaranniejszych poszukiwań (po godzinie każdy preparat) — prątków kwasoodpornych nie wykryto.

Przypadek Nr. 4: Dnia 11. II. 1928 r. jednej śwince morskiej zaszczepiono wysięk opłucnowy, drugiej zaś przesącz z tegoż wysięku. Pierwsza z nich padła dnia 12. III. zagryziona przez szczura. Na autopsji stwierdzono wyłącznie obrzęk gruczołu pachwinowego w miejscu zastrzyknięcia i jego zserowacenie: rozmazy wykonane z gruczołu tego wykazały obecność licznych prątków kwasoodpornych. Świnka, której zaszczepiono przesącz padła również tegoż dnia, z tej samej przyczyny. Na autopsji żadnych zmian nie stwierdzono, gruczoły chłonne nie były powiększone, a w rozmazach, wykonanych z gruczołów pachwinowych i tchawiczo-oskrzelowych, mimo długotrwałego poszukiwania, prątków kwasoodpornych nie wykryto.

Przypadek Nr. 7. Dnia 3. IV. dwu świnkom zaszczepiono wysięk opłucnowy, trzeciej zaś tegoż dnia przesącz tego wysięku. Nakłucie gruczołów pachwinowych wykonane dnia 28. IV. u obu świnek, wykazało obecność licznych prątków kwasoodpornych. Świnki te wkrótce padły, a na autopsji stwierdzono uogólnioną gruźlicę prosówkową. Świnkę szczepioną przesączem, uśpiono dnia 30. VII. czyli po upływie 3 miesięcy. Na autopsji żadnych zmian anatomicznych nie stwierdzono. Poszukiwanie prątków w licznych rozmazach z wszystkich gruczołów chłonnych dało wynik ujemny.

Przypadek Nr. 11. Dnia 20. IV. dwu świnkom zaszczepiono wysięk nieprzesączony. Dnia 28. V. i 12. VI. obie padły. Na autopsji stwierdzono u obu gruźlicę prosówkową wątroby, śledziony i płuc oraz zserowacenie gruczołów pachwinowych. W rozmazach — liczne prątki kwasoodporne. Dnia 30. V. zaszczepiono trzeciej śwince przesącz z tegoż wysięku. Dnia 30. VII. uśpiono ją. Na autopsji żadnych zmian ze strony gruczołów ani narządów wewnętrznych nie stwierdzono, a poszukiwanie prątków w roz-

mazach, wykonanych z gruczołów pachwinowych i tchawiczo-oskrzelowych, dało wynik ujemny. Tak więc w powyższych 4-ch naszych doświadczeniach nie udało się nam stwierdzić istnienia zarazka przesączalnego gruźlicy w pierwotnych wysiękach opłucnowych. W czasie wykonywania pracy powyższej ukazała się praca Nasta (35), któremu w jednym z przypadków wtórnego gruźliczego wysięku opłucnego udało się stwierdzić istnienie zarazka przesączalnego. Ostatnio ukazała się również praca Jonescu i Bonciu (36), którzy szczepiąc 2 świnki dootrzewnowo przesączem wtórnego wysięku gruźliczego opłucnowego u jednej z nich w gruczołach krezkowych i tchawiczo-oskrzelowych znaleźli skąpą ilość prątków kwasoodpornych.

To też z niewielkiej liczby naszych badań nie chcemy jeszcze wyciągać ostatecznych wniosków. Wydaje się nam, że w pierwotnych wysiękach opłucnych zachodzi jednak możliwość istnienia zarazka gruźlicy, który o ile nie jest nawet jadem przesączalnym, to jest on jednak do niego zbliżony. Potwierdzeniem tego będą 2 nasze spostrzeżenia, o których będzie dalej mowa.

Z badań Paisseu i Valtisa, Bonciu i Jonescu, Valtisa i Misiewiczówny, Saenza, Duranda, Kourilskyego i Bendy (37) wynika, że wprowadzenie świnkom morskim produktów gruźliczych, lub też pochodzących z ognisk patologicznych podejrzanych o gruźlicę w postaci nieprzesączonej, powoduje również nieraz powstanie u świnek atypowej gruźlicy, analogicznej do zmian, spostrzeganych u nich po wprowadzeniu przesączalnego zarazka gruźlicy.

Wprowadzenie świnkom morskim produktów nieprzesączonych, podejrzanych o etjologję gruźliczą, jak np. niektórych wysięków stawowych, krwi gruźlików, płynu z hydrocoele, lub nawet moczu przy podejrzeniu gruźlicy nerek, daje nieraz u świnek morskich powyższy obraz atypowej gruźlicy. Świadczy to z dużem prawdopodobieństwem o tem, że w produktach tych istnieć mogą nie prątki kwasooporne o normalnej zjadliwości, ale postać zarazka gruźliczego o zjadliwości zmniejszonej, podobnej do zarazka przesączalnego gruźlicy.

Mieliśmy dwa spostrzeżenia, które pozwalają przypuszczać istnienie podobnej możliwości w stosunku do pierwotnych wysięków opłucnowych. Podamy tu poniższe dwa protokoły badań.

Przypadek Nr. 35. Dnia 25. IV. 1929 r. Dwie świnki zaszczepione zostały w sposób zwykły centryfugatem wysięku opłucnego. Jedna z tych świnek, uśpiona po upływie 3-ch miesięcy, na autopsji nie wykazała żadnych zmian patologicznych. Gruczoły chłonne nie były powiększone, a w rozmazach z nich wykonanych prątków nie stwierdzono. Druga świnka natomiast padła po upływie 3 i pół miesięcy wśród objawów postępującego wyniszczenia. Na autopsji nie stwierdzono obrazu gruźlicy klasycznej, jedynie gruczoły chłonne pachwinowe po stronie zastrzyknięcia wysięku były obrzmiałe, powiększone do wielkości pestek cytryny, twarde, spoiste, lecz nie zserowaciałe. Prątków jednak mimo najstaranniejszego poszukiwania w nich nie stwierdzono.

Przypadek Nr. 26. zupełnie podobny, z tą różnicą, że świnki nie padły, lecz jedna z nich została po upływie 3-ch miesięcy uśpiona. Na autopsji stwierdzono jedynie obrzmienie znacznego stopnia gruczołów lędźwiowych i tchawiczo-oskrzelowych. Były one twarde, wielkości pestek cytryny, spoiste, niezserowaciałe. Prątków typowych kwasoodpornych nie udało się tu jednak wykryć. Druga świnka, uśpiona po upływie 4-ch miesięcy, żadnych zmian nie wykazała.

Otóż w tych obydwóch przypadkach obrzmienie gruczołów chłonnych miało charakter do złudzenia podobny do tych zmian, jakie spostrzega się przy zakażeniu świnek jadem przesączalnym gruźlicy, bądź też w tych przypadkach, o których mówiliśmy wyżej, gdzie zastrzykiwano świnkom produkty nieprzesączone, podejrzane o etjologję gruźliczą. Również i postępujące wyniszczenie u jednej z tych świnek wzmacniało tę analogję. Wobec tego jednak, że prątków kwasoodpornych nie udało się nam wykryć, przypadki te nie są bezwzględnie przekonywujące, jeśli jednak uwzględnić cały ten obraz autopsyjny, oraz wielkie trudności, które nasuwa nieraz wyszukanie prątków w postaciach gruźlicy atypowej u świnek, to jednak spostrzeżenia te nasuwają mimowoli przypuszczenie, że chodzić tu właśnie mogło o postać zarazka gruźliczego, o zmniejszonej zjadliwości, podobnej do zarazka przesączalnego gruźlicy.

Wydaje się nam, a w świetle nowszych poglądów jest to wielce prawdopodobne, że w wysiękach pierwotnych opłucnowych prócz postaci klasycznych zarazka gruźliczego istnieć mogą również i inne postaci atypowe, o zmniejszonej zjadliwości, czy to w postaci form mutacyjnych Karwackiego, czy też podobnych do jadu przesączalnego gruźlicy.

Może to być przyczyną dla której w części przypadków pierwotnych wysięków opłucnowych nie rozwija się, po wprowadzeniu go świnkom, klasyczny obraz gruźlicy. Możliwe, że w przyszłości, kiedy zwracać będziemy baczniejszą uwagę na powyższe postaci nietypowej gruźlicy u świnek morskich, odsetek wyników dodatnich po szczepieniach zwiększy się jeszcze bardziej.

Streszczenie wyników i wnioski.

1. W 54% pierwotnych „samoistnych" surowiczych wysięków opłucnych, z ogólnej liczby 28-u przypadków, drogą szczepień na świnkach morskich ustalono ich bezsprzeczną etjologję gruźliczą. Wynik ujemny otrzymaliśmy w 46% naszego materjału, a z tego w 27% przypadków badanie fizykalne i roentgenologiczne zarówno jak i wywiady nasuwały podejrzenie etjologji gruźliczej. Jedynie w 1/5 przypadków nie było wyraźnych danych do przyjęcia etjologji gruźliczej wysięku.

2. Pierwotne surowiczo-włóknikowe zapalenie opłucnej, gdzie wynik szczepień na świnkach morskich pozostał ujemny, poza drobnemi i nieistotnemi różnicami, nie różnią się od siebie ani obrazem i przebiegiem klinicznym, ani obrazem hematologicznym, ani wreszcie własnościami fizykochemicznemi i cytologicznemi samego wysięku opłucnowego od zapaleń opłucnej wysiękowych, gdzie drogą szczepienia wysięku zwierzętom, ustalono ich bezsprzeczną etjologję gruźliczą.

3. Posiewy wysięków wykonane na pożywkach zwykłych oraz szczepienia wysięków białym myszom dawały z reguły wyniki ujemne, świadcząc o znikomem znaczeniu banalnej flory bakteryjnej, zarówno jak i pneumokoków, w etjologji pierwotnych wysięków opłucnowych.

4. Niemożność stwierdzenia drogą szczepień na zwierzętach w części przypadków pierwotnych wysięków opłucnowych ich etjologji gruźliczej zależeć może: A) od właściwości bakterjolitycznej samego wysięku opłucnej; świadczyćby o tem mogło zjawisko, że im później dokonano szczepienia, tem odsetek szczepień ujemnych się podnosi; podczas gdy w okresie gorączkowym wykonane szczepienia dały nam 69% wyników dodatnich, to szczepienia dokonane w okresie bezgorączkowym wypadły tylko w 37% przypadków dodatnio. B) od obecności zapewne w pierwotnych wysiękach opłucnych zarazka gruźliczego o zmniejszonej zjadliwości i zmienionych własnościach morfologicznych, hodowlanych i biologicznych; możliwe, że jest to zarazek, który uległ mutacji, lub też że jest to zarazek podobny do jadu przesączalnego gruźlicy *(ultravirus)*. Cztery nasze szczepienia przesączu z pierwotnego gruźliczego wysięku opłucnego świnkom morskim dały wyniki ujemne; jednak w 2-ch przypadkach, szczepiąc świnki morskie wysiękiem opłucnowym nieprzesączonym, znaleźliśmy u nich obraz sekcyjny analogiczny do gruźlicy atypowej, która powstaje u świnek, pod wpływem wprowadzenia im jadu przesączalnego gruźlicy.

5. Nasze spostrzeżenia kliniczne i laboratoryjne skłaniają nas do przyjęcia poglądów kliniki francuskiej, iż każdy „samoistny", pierwotny surowiczy wysięk opłucnej, dawniej zwany *pleuritis e frigore*, jest wysiękiem gruźliczym. Fakt ten jednak należy interpretować może w sposób odmienny niż dawniej.

Dobrotliwy przebieg większości pierwotnych wysięków opłucnowych i częstą niemożność wykrycia dotychczasowemi metodami badań ich etjologji gruźliczej, tłumaczyć należy, zdaniem naszem, nietyle brakiem zarazka gruźliczego w wysięku lub teorją allergiczną, ile raczej obecnością w płynie wysiękowym zarazka gruźliczego o zmniejszonej zjadliwości i zmienionych własnościach morfologicznych, hodowlanych i biologicznych. Jest rzeczą przyszłych badań ustalić z pewnością czy chodzi tu o własności bakterjolityczne i mutacyjne płynu wysiękowego w stosunku do zarazka gruźliczgo, zbliżonego do jadu przesączalnego gruźlicy.

Jest również rzeczą przyszłych badań ustalić, czy w dalszym przebiegu, w nawrotach w późniejszem zapadaniu na gruźlicę, uwidocznią się różnice między zapaleniem wysiękowem opłucnej, dającem po zaszczepieniu świnkom zwykłą gruźlicę serowatą, a zapaleniem opłucnej z wynikiem szczepienia atypowym lub ujemnym.

6. Jeżeli każdy pierwotny „samoistny", surowiczy wysięk opłucnej ujmować jako wysięk gruźliczy, to tyczy się to wyłącznie wysięków pierwotnych, dawniej zwanych *pleuritis e frigore*. Etjologja wtórnych wysięków opłucnowych może być bardzo rozmaita. Na 12 naszych wtórnych zapaleń surowiczych opłucnej, jedynie w połowie przypadków etjologja była gruźlicza.

Czynnikiem etjologicznym mogą tu być inne drobnoustroje (paciorkowce, pneumokoki, zarazki grypy, „zarazek" gośćca stawowego i t. d.).

Rozpoznanie etjologji gruźliczej wysięku uzasadnione być winno: 1. ujemnym wynikiem szczepień na świnkach; 2. istnieniem

ścisłego klinicznego związku między wysiękiem opłucnej a schorzeniem innych narządów (gościec stawowy, grypa, zapalenie krupowe płuc, zakażenie paciorkowcowe) i wreszcie: 3. ew. wykryciem drogą posiewu odpowiedniego zarazka. To też w każdym przypadku surowiczego wysięku opłucnej należy wykonywać posiewy i szczepienia. We wtórnych wysiękach opłucnej ma to na celu ustalenie etjologji wysięku, a w zapaleniu wysiękowem pierwotnem opłucnej przeprowadzenie szczepień u świnek, łącznie z poszukiwaniem u nich gruźlicy atypowej, mieć będzie na celu przedewszystkiem ocenę zjadliwości zarazka gruźliczego.

Piśmiennictwo.

1) Dieulafoy: Clinique médicale de l'Hôpital Dieu de Paris, Paris 1900, III. — 2) cyt. Häutemann, Zeit. f. Tuberkulose, Bd. 52, 483—491, 1929. — wg. Besançon et Weill, Annales de medecine, T. XXI, Nr. 4, 1927. — Brelet, Bull. et Mém. Soc. Med. Hop. de Paris, Nr. 2, 67—69 1925. — 5) Ameuille, ref. wg. Zblatt f. d. ges. Tub., Bd. 29, s. 349, 1928. — 6) Bruns u. Ewig, Erkrankungen der Pleura, Spezielle Path. u. Therap. inner. Krank. Kraus u. Brugsch, Bd. III. Berlin 1924. — 7) Sokołowski, Choroby dróg oddechowych, t. III. cz. 1 Warszawa 1905. — 8) Tuz: Gazeta Lekarska, str. 1395, 1913. — Aschoff: Zt. f. klin. Med. Bd. XXIX, 1896. — 10) cyt. Bruns u. Ewig. — 11) Besançon et Weill: Pleurésie séro-fibrineuse, Annales de Medecine, T. XXI, Nr. 4, 1927. — 12) Schlossman: Bull. de l'Union Int. contre la Tuberculose, vol. II. Nr. 2, Juillet 1925. — 13) Karwacki: Pol. Arch. Med. Wewn., z. I. t. V. 1927 r. — 14) Stefek: Gazeta Lekarska, str. 880, 1927. — 15) Karwacki: C. R. soc. Biol. T. XCII, p. 801, 1925. T. XCV, p. 913, 1926, T. XCII, p. 374, 1924. — 16) Gorecki: „Schorzenie opłucnej w świetle nowych poglądów", 1926, Lwów. — 17) Fraenkel: Speziele Pathol. u Therap. der Lungenkrankheiten, Berlin, 1904. — 18) Königer: M. med. Woch. 17, 1904. — 19) Silberschmidt, Beitr. z. klin. d. Tub. Bd. 60, H. 2, S. 128—140. 1924. — 20) Huber: Z. Kinderheilk. Bd. 47, S. 169, 1929. — 21) Korns: China med. Journ Bd. 40, Nr. 9, 1926, ref. Zblatt f. d. ges. Tub. Bd. 27, S. 96. — 22) Häutemann: Zeit. f. Tuberkulose, Bd. 52, 483—491, 1929. — 23) Wilemsky: Am. Journ. of. med. Sciences, CLX, 1920. — 24) Bernard: Desbucquis et Thoyer, Revue de la tuberculose, Nr. 4, aout 1929. — 25) Paisseau: Valtis et Saenz, Presse médecale, Nr. 12, 1929. — 26) wg. Besançon, Précis de microbiologie clinique, Masson, 1920. — 27) wg. Harvier et Pinard, Nouveau Traité de Medicine, T. XII. — 28) Moskowitz: ref. Kongresszbl. Bd. XII, S. 180, 1920. — 29) Besançon, Weissman-Netter et Mlle. Scherer: Bull. et Mém. de la Soc. Méd. Hôp. de Paris ,p. 1153, 1929. — 30) Rolly: Der acute Gelenkrheumatismus, Berlin 1920. — 31) wg. Rzętkowskiego: str. zbior. w Gazecie Lekarskiej, 1903. — 32) Saenz: C. R. Soc. Biol. 21 juillet 1928. — 33) Besançon et Griffon: wg. Besançon: Précis de microbiologie clinique, Masson, 1920. — 34) patrz Calmette: Les elements filtrables du virus tuberculeux, Bull. Inst. Pasteur, T. XXVI, p. 389, 1928 i J. Valtis: Les elements filtrables du bacille de Koch, Paris Médical. Janvier 1929. — 35) Nasta: C. R. Soc. Biol. T. 96, p. 591, 1927. — 36) Jonescu et Bonciu: C. R. Soc. Biol. T. 98, p. 466, 1928. — 37) wg. Paisseau, Valtis et Saenz: l. c.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. Leon SZYFMAN i Dr. Juljusz KOKOTEK. Łódź.

Niezwykły przypadek przewlekłej posocznicy meningokokowej, powikłanej obustronną odmą samoistną, zakończony wyzdrowieniem.

Z Oddziału Wewnętrznego Szpit. fund. małż. Poznańskich w Łodzi. Ordynator: Dr. Seweryn Sterling.

Chory I. P., lat 17, krawiec, zgłosił się do jednego z nas, podając, że od 4 tygodni gorączkuje z przerwami, ma wysypkę na ciele i bóle w kończynach. Ogólne samopoczucie jest przy tem dobre. Przy pierwszem badaniu ambulatoryjnem stwierdzono na ciele, zwłaszcza na kończynach górnych i dolnych wysypkę typu rumienia wielopostaciowego; w narządach wewnętrznych żadnych zmian. Chory — jako przyjezdny — został skierowany do szpitala.

Na oddział przybył chory 4 sierpnia roku ub. W wywiadach: dotąd zawsze zdrów. Zachorował przed 6 tygodniami. Choroba zaczęła się od dreszczy, wymiotów, gorączki sięgającej do 40°, bólu gardła, bólów w kończynach górnych i dolnych. Następnego dnia wśród obfitych potów gorączka opadła. Po kilku dniach nastąpił drugi napad dreszczy i gorączki, a 4-go dnia od początku choroby zjawiła się na ciele wysypka. Od tego czasu miewa co kilka dni napady gorączki, poprzedzane przez dreszcze, w czasie których wysypka staje się wyraźniejsza i obfitsza. W okresach bezgorączkowych czuje się zupełnie dobrze, ale wobec ciągłych nawrotów gorączki i wysypki postanowił udać się w celu leczenia do Łodzi.

Stan obecny. Chory przytomny, budowy prawidłowej, miernie odżywiony. Na twarzy, tułowiu, kończynach górnych i dolnych, po stronie wyprostnej i zginaczy wysypka grudkowo-plamista wielkości od ziarna prosa do ziarna grochu. Pewna część wykwitów na kończynach ma charakter wybroczynowy. Czaszka bez zmian, sztywności w karku niema. Język wilgotny, obłożony, zaczerwienienie migdałków i gardła, migdałki powiększone, po stronie prawej czopy. Płuca bez zmian. Serce: Granice normalne. Osłuchowo poza podmuchem skurczowym nad koniuszkiem nic osobliwego. Tętno 102' przy t. 37,9°, miarowe, dobrze napięte. Ciśnienie 115/60 mmHg. Wątroba i śledziona niemacalne. Śledziona opukowo też niepowiększona. Ze strony układu nerwowego zmian patologicznych nie stwierdzono. Dno oka normalne. Objaw Biernackiego 14'. W moczu ślady białka, urobilinogen zwiększony, indykan nieco zwiększony, chlorki w ilości prawidłowej, odczyn dwuazowy ujemny. W osadzie pojed. krwinki wyługowane w kilku polach widzenia, 5—6 leukocytów w polu, miejscami skupione.

Badanie morfologiczne krwi: E. 4,300.000, Hb. 92, wskaźnik 1,0, L. 24.000, czas krwawienia 2', czas krzepliwości 9', ilość płytek niezmniejszona. Leukocytów obojętnochłonnych 83% (w tem młodych 2%, pałąkowatych 28, segmentowanych — 58%), Eoz. 1%, Mon. 2%, Limf. 14%. Wassermann ujemny. Odczyny Widala na tyfus, para A, para B, Weil-Felix ujemne. Badania krwi na plazmodja zimnicy i krętki Obermeyera dały wynik ujemny.

Przebieg choroby: W ciągu pierwszych 2 tygodni pobytu w szpitalu gorączka o charakterze zwalniająco-przepuszczającym. Chory zazwyczaj około południa dostawał silnych dreszczy, gorączka stopniowo wzrastała, osiągając maksimum w godzinach wieczornych, a w nocy wśród obfitych potów nastepował spadek ciepłoty. Wysypka w okresie bezgorączkowym blednie, nasila się natomiast podczas gorączki. Ogólne samopoczucie nawet podczas napadu gorączki dobre. Stosowano lewatywy z collargolu bez wyniku. Wobec trwających objawów ze strony migdałków (zaczerwienienie, obrzmienie, czopy) zdecydowano się na ich wyłuszczenie, w tem mniemaniu, że mamy do czynienia z zakażeniem septycznem, wychodzącem z migdałków. 22 sierpnia dokonano tonsillectomji, która jednak nie wywarła żadnego wpływu na dalszy bieg choroby. Stosowano chininę w postaci zastrzykiwań bez wszelkiego wyniku: krzywa ciepłoty, zarówno jak i wysypka zachowały swój poprzedni charakter. Badanie morfologiczne krwi wykazuje stale te same zmiany. Leukocytoza waha się w granicach od 18.000—24.000 w cm³; znaczne przesunięcie w lewo, liczba eozynofilów waha się w granicach od 0—1%. W moczu, kilkakrotnie badanym, stwierdza się ślady białka, w osadzie 2—3 krwinki w polu, pojed. leukocyty.

5 września nastąpiła nagła zmiana. W nocy chory obudził się z powodu duszności i silnego bólu w lewej połowie klatki piersiowej. Badanie klatki piersiowej wykazało wyraźne objawy odmy piersiowej: poruszalność klatki piersiowej zniesiona, międzyżebrza wygładzone, drżenie głosowe zniesione; opukowo po stronie lewej odgłos jasny o odcieniu bębenkowym, granice dolne obniżone; przestrzeń Traubego przesunięta ku dołowi; osłuchowo: zniesienie oddechu; objaw podźwięku miedzi Trousseau. Po stronie prawej stosunki prawidłowe. Roentgenologicznie w lewej jamie opłucnowej prócz powietrza stwierdzono nieznaczną ilość płynu. (*Hydropneumothorax*). W ciągu dalszych 2 tygodni zarówno płyn, jak i powietrze uległy wessaniu, nie pozostawiając żadnych śladów.

Wciąż powtarzające się napady gorączkowe, przypominające napady zimnicze, charakter wysypki, wreszcie, uderzająco dobry stan ogólny przy tak długotrwałej chorobie gorączkowej wzbudziły podejrzenie posocznicy pochodzenia meningokokowego. Dokonano badania bakterjologicznego krwi z wynikiem ujemnym.

W październiku wystąpiło nowe powikłanie w postaci odmy samoistnej, tym razem po stronie prawej. Chory w nocy zbudził się ze snu wskutek duszności i bólu w klatce piersiowej. Badanie fizykalne wykazało objawy właściwe odmie; roentgenologicznie stwierdzono *pneumothorax dexter*. 29 października dokonano ponownie posiewu krwi; tym razem wyhodowano dwoinki, które przy dalszem różnicowaniu okazały się meningokokami.

W celu wykrycia wrót zakażenia przeprowadzono badanie wydzieliny jamy nosowo-gardłowej na obecność meningokoków. Badania te dały wynik ujemny.

Wobec stwierdzenia drogą bakterjologiczną posocznicy meningokokowej przystąpiono do leczenia zapomocą zastrzykiwań domięśniowych surowicy swoistej. Chory ogółem otrzymał 210 cm³ surowicy wieloważnej, jednakże bez wyniku. Na 8-my dzień po podaniu surowicy wystąpiła choroba surowicza (wysypka typu pokrzywki, silne swędzenie, ilość leukocytów normalna z powiększeniem eozynofilów do 8%). Objawy choroby surowiczej minęły po 5 dniach. Wobec dalszego trwania posocznicy (napady gorączki, charakterystyczna wysypka i t. d.) przystąpiono do leczenia chorego zastrzykiwaniami mleka. Wobec bezskuteczności leczenia mlekiem w dniu 18-go grudnia zastosowano omnadynę w odstępach dwudniowych, początkowo w ilości 1 cm³, potem 2 cm³. Po trzeciem zastrzyknięciu omnadyny gorączka oraz wysypka ostatecznie znikły. Chory otrzymał jeszcze 2 injekcje omnadyny. Chory pozostawał w szpitalu jeszcze miesiąc, podczas którego przybrał na wadze 9 kg. W ciągu całego tego czasu nie miał ani napadów gorączki, ani innych objawów chorobowych; od czasu do czasu występował stan podgorączkowy. Dnia 23. I. r. b. chory został wypisany ze szpitala w stanie b. dobrym, według otrzymanych od niego ostatnio wiadomości od 6 tygodni nie gorączkuje, przybrał 14 kg na wadze, czuje się zupełnie dobrze.

W historji choroby zasługują na specjalną uwagę napady gorączki, przypominające napady zimnicze, wysypka o charakterze rumienia wielopostaciowego, uderzająco dobre samopoczucie chorego mimo przewlekłego (6 miesięcy) przebiegu choroby i stanów gorączkowych. Są to trzy kardynalne objawy, uprawniające do klinicznego rozpoznania posocznicy meningokokowej. Rozpoznanie takie może zostać ostatecznie udowodnione na podstawie badań sero-bakterjologicznych.

W przypadku naszym przebieg był tak charakterystyczny, że otrzymany wynik ujemny posiewu krwi nie sprowadził nas z właściwej drogi, a powtórne badanie, wykonane po kilku tygodniach, potwierdziło słuszność klinicznego rozpoznania.

Godnem podkreślenia jest tu powikłanie w postaci obustronnej odmy samoistnej. Powstawanie odmy w takich przypadkach wytłumaczyć sobie można, jako skutek pęknięcia drobnych ropni, umiejscowionych na powierzchni płuc tuż pod opłucną.

Opisany powyżej przypadek przemawia, naszem zdaniem, za tem, że rozpoznanie przewlekłej postaci posocznicy meningokokowej nie nastręcza wielkich trudności praktycznych ze względu na jej charakterystyczny przebieg. Jeżeli mimo to jest posocznica meningokokowa rozpoznaniem rzadkiem, to chyba tylko dlatego, że jest ona mało znana i rzadko różniczkowana. Od niedawna dopiero w literaturze lekarskiej, zwłaszcza francuskiej, poświęcono wiele uwagi posocznicy meningokokowej, liczba rozpoznawanych przypadków w ciągu lat ostatnich znacznie wzrosła; świadczy o tem liczna kazuistyka przypadków posocznicy meningokokowej zarówno w piśmiennictwie obcem jak i naszem.

Pierwszy przypadek posocznicy meningokokowej opisali w 1903 r. Warfield i Walker. Wkrótce potem ukazały się prace Schotmüllera, Liebermeistra, Monziols'a i Loiseleurs'a, Bovaird'a, Chevrel'a i Bourdinièr'a i innych.

W piśmiennictwie polskiem przypadki posocznicy meningokokowej opisali: Załęski, Simchowicz, Mandelsowa, Frenkiel, Grek, Lipiński, Typograf.

Dwoinka Weichselbauma, usadawiająca się w jamie nosowo-gardłowej może drogą naczyń krwionośnych przedostać się do ogólnego krwiobiegu i spowodować posocznicę meningokokową. Posocznica meningokokowa przebiega pod następującemi postaciami klinicznemi:

Postać piorunująca rozpoczyna się nagle od dreszczów, wysokiej gorączki, wymiotów. W kilka godzin potem pojawia się na ciele wysypka krwotoczna. Ogólny stan chorego ciężki. Wśród objawów zapaści i osłabienia mięśnia sercowego następuje śmierć po 24—40 godzinach.

Przypadek posocznicy meningokokowej o przebiegu piorunującym opisał w piśmiennictwie polskiem Załęski.

Postać ostra występuje klinicznie w 3 odmianach: krwotocznej, durowej i gośćcowej.

Postać ostra krwotoczna naogół podobna jest do piorunującej, różni się od niej tem, że przebiga łagodniej, trwa dłużej (do 6 dni) i może niekiedy zakończyć się wyleczeniem.

Postać ostra durowa przypomina przebiegiem dur brzuszny. Ciepłota podnosi się stopniowo, język obłożony, brzuch wzdęty, biegunka. Śledziona powiększona. Na skórze brzucha wysypka plamista o charakterze różyczki. Przypadek posocznicy o przebiegu durowym opisał w piśmiennictwie naszem Lipiński.

Postać ostra wrzekomo gośćcowa przebiega pod postacią ostrego gośćca stawowego. W obrazie chorobowym dominują objawy stawowe i wysypka skórna.

Postać podostra, przewlekła, wrzekomo zimnicza rozpoczyna się stopniowo przy objawach ogólnego niedomagania (bóle głowy, uczucie rozbicia, dreszcze). Po upływie kilku dni następuje napad, który łudząco przypomina zimnicę: początkowo dreszcze, gorączka sięgająca 40°; po kilku godzinach — spadek ciepłoty wśród obfitych potów. Niekiedy postać podostra zaczyna się nagle od napadu; wrzekomo-zimniczego. Napady takie w początkowym okresie choroby powtarzają się codziennie, potem co trzeci, czwarty dzień, przypominając w ten sposób zimnicę typu *quotidianae, tertianae, quartanae.* W miarę trwania choroby przerwy między napadami stają się coraz dłuższe. Cechą charakterystyczną postaci przewlekłej stanowi dobre samopoczucie chorego w okresach międzynapadowych, oraz względnie dobre w czasie samego napadu, będące w jaskrawej sprzeczności z innemi objawami klinicznemi.

Zazwyczaj w kilka dni po pierwszym napadzie, w wyjątkowych wypadkach już w okresie zwiastunów (Chevrel i Bourdinière) ukazuje się na całem ciele wysypka o charakterze najróżnorodniejszym: odrowym, szkarlatynowym, opryszczki, pokrzywki, rumienia guzowatego, rumienia wielopostaciowego oraz wysypki krwotocznej. Wysypka nasila się podczas napadu gorączki, blednie lub znika w okresach międzynapadowych. Podczas napadu występują dokuczliwe bóle mięśniowe i stawowe, umiejscawiające się zazwyczaj w stawie skokowym, kolanowym, łokciowym i garstkowym. W okresie gorączkowym spostrzega się leukocytozę z przesunięciem obrazu w lewo. Śledziona — niekiedy powiększona; czasami białkomocz. W przebiegu posocznicy meningokokowej występują w narządach wewnętrznych liczne powikłania. Ze strony narządu oddechowego spostrzegano nieżyt oskrzeli, zapalenie płuc zrazikowe, płatowe; zapalenie opłucnej włóknikowe, surowicze i ropne. Ropnie płuc, *haemothorax,* odma samoistna (spostrzeżenie własne).

W narządzie krążenia zmiany naogół są rzadkie. W kilku przypadkach spostrzegano zapalenie osierdzia. Warfield i Walker, Schotmüller, Simchowicz i inn. obserwowali zapalenie wsierdzia, wywołane przez meningokoki. Sekcyjnie w niektórych przypadkach spostrzegano zmiany w mięśniu sercowym *(myocarditis).* Układ limfatyczny — w przypadkach ciężkich, powiększenie gruczołów krezkowych, grudek Peyera, gruczołów chłonnych śródpiersia. Powiększenie śledziony.

Narząd moczopłciowy — powikłania rzadkie. Obserwowano zapalenie nerek krwotoczne, zapalenie miedniczek nerkowych, pęcherza. Zapalenie jąder, trwające kilka dni (Typograf), przyjądrzy, zapalenie pęcherzyków i przewodów nasiennych.

Stawy. W przebiegu meningokokcemji bardzo częste są powikłania stawowe. Około 4-go dnia choroby występuje ból w okolicy dotkniętego stawu, obrzęk oraz obfity wysięk ropny. Sprawa toczy się to w jednym, to w drugim stawie, przeskakując z jednego stawu na inny. Cechą charakterystyczną meningokokowych spraw stawowych jest niewspółmierność między obfitością wysięku a minimalnemi dolegliwościami podmiotowemi. Nie bacząc na ropny charakter wysięku objawy cofają się po kilku dniach (max. po 15 dniach), nie pozostawiając zmian ani anatomicznych ani czynnościowych.

Narząd wzrokowy. W przebiegu posocznicy meningokokowej często występują powikłania oczne w postaci *iridocyclitis i iridochoroiditis.* Powikłania te są zwykle jednostronne, wg. Gordona, częściej po str. prawej, według Nettera — po tej stronie, na której chory leży.

Opony mózgowe. W niektórych przypadkach posocznica przebiega bez wszelkich powikłań ze strony opon mózgowych *(septicaemia ameningitica).* W innych objawy oponowe występują późno, w kilka lub kilkanaście tygodni od początku choroby *(septicaemia praemeningitica).* W pewnej grupie przypadków choroba rozpoczyna się od zapalenia opon; po upływie pewnego czasu objawy oponowe ustępują, a choroba przybiera charakter posocznicy przewlekłej *(septicaemia postmeningitica).* Niekiedy w przebiegu posocznicy mening. objawy oponowe występują kilkakrotnie *(septicaemia parameningitica).*

Zaznaczyć przytem należy, że w niektórych przypadkach przy braku wszelkich objawów oponowych w płynie mózgowo-rdzeniowym stwierdzano wzmożoną ilość białka, polynucleosis, a nawet meningokoki *(meningitis latens).*

Z innych powikłań spostrzegano zapalenie przyusznicy i gruczołu tarczowego.

Djagnostyka bakterjologiczna. Dla ustalenia ścisłego rozpoznania konieczne jest stwierdzenie meningokoków we krwi lub dodatni wynik badania na zlepianie meningokoków lub na odczyn wiązania dopełniacza. Posiew krwi na meningokoki daje wyniki dodatnie w okresach gorączkowych. Załęski w przypadku posocznicy meningokokowej o przebiegu piorunującym wykrył meningokoki w zwykłej mazance ze krwi. Meningokoki wykryć można w wykwitach skórnych, wysiękach stawowych, opłucnowych, płynie mózgowo-rdzeniowym.

Leczenie. Środków pewnych, niestety, nie posiadamy. Jakkolwiek niektórzy autorzy otrzymywali dobre wyniki przy stosowaniu surowicy przeciwmeningokokowej (domięśniowo lub dożylnie), niemniej jednak liczne są spostrzeżenia w których surowica zawiodła. Próbowano z różnemi wynikami proteinoterapji, autowakcyny, autohaemoterapji, salvarsanu i t. d.

Na uwagę zasługuje leczenie trypaflawiną, która zgodnie ze spostrzeżeniami autorów niemieckich i francuskich daje dobre wyniki przy stosowaniu odpowiednio wysokich dawek (do 0,75 p. dosi), prowadząc w krótkim czasie do przerwania zakażenia i wyzdrowienia.

Piśmiennictwo:

Dopter: L'infection meningococcique. Paris 1921. — Mandelsowa: P. Czas. Lek. Nr. 4, 1921; Pedjatrja Polska, t. I. zesz. 3. 1921. — Załęski: P. G. Lek. Nr. 14—15. 1922. — Simchowicz: Neurologja Polska, t. VI. 1922. — Frenkel: Neurologja Polska, t. VI. 1922. — Netter: Soc. Med. Hop. Paris. 1923. — Blum: Soc. Med. d. Hopit. 1923. — Clerc, Perrochand et Boulanger-Pilet: Bull. Soc. Med. d. Hopit. 1923. — Vaucher et Woringer: Septicémies, bactériémies, septicopyohémies. Doin. Paris. — Grek: P. G. Lek. Nr. 45, 1925.; P. G. Lek. Nr. 6, 1928. — Typograf: P. G. L. Nr. 47. 1925. — Friedemann u. Deicher: D. m. W. Nr. 18, 1926. — Lipiński: P. G. L. Nr. 21, 1927. — Darré, Albot, Berdet et Lafaille: Compt. Rend. Soc. Biol. T. XCIX. 1928. — Coste: Paris Medical. T. XCIII. Nr. 51. 1928. — Herrmann u. Lifschitz: D. M. W. Nr. 9, 1928. — Bötzel: Med. Klin. Nr. 4, 1930.

Dr. St. CIKOWSKI, as. kliniki. Kraków.

Przyczynek do późnych krwawień w połogu.

Z kliniki ginek.-położ. U. J. w Krakowie.
Zastępca Dyr.: Doc. Dr. J. Szymanowicz.

W klinice krakowskiej spostrzegano w ostatnich czasach przypadek późnego pourazowego krwawienia połogowego, powstałego w następstwie nadżarcia sprawą zakaźną tętnicy macicznej.

Pacjentka lat 28, zamężna od 10 lat. W wywiadach gruźlica płuc. Miesiączki od 14-go roku życia, prawidłowe. Ilość poprzednich ciąży 9, z tego 5 porodów i 4 poronienia. Porody prawidłowe, w położeniu główkowem. Rodziła siłami natury dzieci żywe, donoszone. Ostatni poród przed trzema laty. Z poronień 2 powikłane zakażeniami, z powodu których leżała 2 miesiące. Wówczas gorączkowała wysoko, miała bóle w dole brzucha. Bliższych szczegółów co do jakości zakażeń nie podaje. Ostatnie poronienie przed obecną ciążą. Do kliniki została skierowaną z powodu poprzecznego położenia płodu i znacznych żylaków sromu. Po 8 godzinach silnych bólów porodowych przy ujściu zewnętrznem, rozwartem na 2 i pół palca, wykonano obrót na nóżkę sposobem Braxtona-Hicksa. Przed ściągnięciem nóżki stwierdzono brzegi ujścia zewnętrznego grube, twarde, mało podatne. W dwie godziny potem urodził się płód po dolny biegun łopatek, poczem udzielono pomoc ręczną i bez trudności urodzono płód żywy, wagi 2.800 g. Bezpośrednio po porodzie silny krwotok, utrzymujący się po wygnieceniu łożyska, mimo dobrze skurczonej macicy. Krwotok opanowano przez zeszycie wysoko pękniętej szyjki po stronie prawej. Pęknięcie szło w przymacicze prawe i dotyczyło części nadpochwowej. Przy zeszywaniu okłuto przerwane, strzykające ramię ztępujące tętnicy macicznej. Przeglądnięcie rany nie wykazało pęknięcia powyżej górnego szwu. Pacjentka silnie skrwawiona po zastosowaniu odpowiednich środków szybko zaczęła przychodzić do siebie. Połóg powikłany nieznaczną gorączką, najwyższą w 7 dniu 38,9°, przy tętnie 124 na min. i bolesnością dotykową macicy, która wolno się zwijała. Karmi sama, odchody obfite, cuchnące. W 9 i 10 dniu stan podgorączkowy. W 11 dniu położnica czuje się tak dobrze, że chce opuścić klinikę, mimo zakazu siada. Wieczorem po silniejszych ruchach nagłe, bardzo znaczne krwawienie doprowadzające położnicę w krótkim czasie do ostrej niedokrwistości. Macica 4 palce nad spojeniem łonowem, nieco tkliwa. Oglądanie szyjki we wziernikach pochwowych po usunięciu zalegających skrzepów w sklepieniach, stwierdziło krwawienie z jamy macicy. Miejsca krwawienia nie znaleziono. Wobec powyższego stanu wysączkowano macicę i pochwę Sączek przekrwawił. O wyjęciu macicy drogą brzuszną mowy być nie mogło, z powodu ciężkiego stanu chorej. Powtórne sączkowanie bez skutku. Po kilku godzinach nastąpiła śmierć mimo zastosowania wszystkich zapobiegawczych środków (transfuzja).

Rozbiór zwłok wykazał macicę źle zwiniętą, większą niż w 11 dniu po porodzie. Po przecięciu jej przedniej ściany stwierdzono obraz posoczniczego zapalenia błony śluzowej *(endometritis septica)*. Resztek łożyska nie znaleziono. W zakresie kanału części nadpochwowej po stronie prawej widać 1½ cm od brzegu ujścia zewn. otwór pokryty nielicznymi rozmiękłymi skrzepami. Po ich usunięciu można wygodnie wprowadzić palec do jamy w przymaciczu prawem. Jama wielkości orzecha włoskiego wypełniona również skrzepami. Brzegi otworu bliznowate, grube, pokryte nalotem szaro-brudnym. Na górnym brzegu otworu widoczne obnażone naczynie tętnicze, średniego przekroju na przestrzeni 3/4 cm W wymienionem naczyniu na ścianie dolnej i nieco od przodu widoczny mały owalny otwór o średnicy dwóch mm, brzegach nierównych, pokrytych nalotem szaro-brudnym. W otworze tkwi wiotki skrzep. Odsłonięte naczynie na znaczniejszej przestrzeni okazuje się tętnicą maciczną, zawijającą w tem miejscu ku górze i wysyłającą ku środkowi gałązkę boczną. Szyjka poniżej dobrze zgojona. Badanie drobnowidowe wycinków z szeregu miejsc okolicy pęknięcia stwierdza rozległe nacieki zapalne (tkanki łącznej i bardzo skąpych pęczków włókien mięsnych gładkich), bliżej powierzchni pęknięcia warstwę starych, organizujących się skrzepów, wreszcie świeże wylewy lub skrzepy krwi. Mała ilość włókien w stosunku do tkanki łącznej przemawiałaby za starą blizną, co pewnie usposobiło do wysokiego pęknięcia.

Jak z opisu wynika mamy przed sobą przypadek, w którym po operacyjnym porodzie przyszło do wysokiego pęknięcia zbliznowaciałej szyjki. W 11 dniu połogu przyszło do nagłego śmiertelnego krwotoku. Z sekcji wynika, że przyczyną skrwawienia się było nadżarcie sprawą ropną (arrosia) tętnicy macicznej, a może i pierwotne zranienie, do którego dołączyła się sprawa z zakażonej jamy macicy. Przy przyjęciu zranienia *„intra partum"* ustanie krwawienia należy odnieść do szwu, albo do wytworzenia się skrzepu w naczyniu po zwinięciu się macicy. Czy przyjmiemy zranienie czy nadżarcie, to w każdym razie przyszło do wytworzenia się skrzepu w okolicy zranionego naczynia w rodzaju tętniaka wrzekomego *(aneurysma spurium)*. Nagłe i gwałtowne krwawienie w 11 dniu po porodzie po bezkrwawym okresie należy odnieść do pęknięcia tętniaka wrzekomego. Przyczyniło się do tego rozejście się rany mimo zeszycia, a dokoła ziejącego pęknięcia przez ropne stopienie tkanek przyszło do wytworzenia się otworu między jamą macicy a tętniakiem wrzekomym. Przyczyniło się do tego wzrastające ciśnienie, z poprawą stanu zdrowia chorej, zmiana położenia, nadmierne ruchy, zakażenie zalegających skrzepów i t. d.

Podobnych przypadków opisano kilkadziesiąt. Veit podał przypadek, w którym bezpośrednio po wykonanym obrocie i porodzie dziecka przyszło prawie do groźnego krwawienia z gałęzi zstępującej tętnicy macicznej w pękniętej szyjce. Krwotok stanął po zeszyciu. W 10 dniu po porodzie nowe gwałtowne krwawienie opanował przez powtórne zeszycie zijącego pęknięcia. W 21 dniu po ruchach nowe gwałtowne krwawienie, które skończyło się śmiercią chorej. Sekcja wykazała zranioną tętnicę maciczną z tętniakiem wrzekomym. Przypadek podobny do naszego. Z małem odchyleniem obrazu anatomicznego i klinicznego są przypadki Wulffa (przypadek śmierci w 7 dniu po porodzie z powodu nadżarcia tętnicy macicznej), dalej Loofsa, Hammerschlaga, Seibela, Mossena, Vogelsängera i in.

Przypadki opisane dotyczą wieloródek i występują w przeważnej części po wykonanych obrotach, co i w naszym przypadku miało miejsce, a trudne jest do wytłumaczenia z powodu oględnego przeprowadzenia porodu operacyjnego. Autorowie wspominają o niepodatnej a nawet zbliznowaciałej szyjce, co stwierdzono również i w naszym przypadku.

Przyczyny, które prowadzą do wtórnych nagłych krwawień w połogu mogą by różne. Wiadomem jest, że macica po powstaniu pęknięcia, gdy zostanie opróżniona kurczy się dobrze i zwija W połogu po zwiotczeniu narządu oddzielenie i wydalenie skrzepów z dużego naczynia może doprowadzić do krwotoku. W innych przypadkach oddzielenie skrzepów może nastąpić przez wzrastające ciśnienie, ruchy pacjentki i t. d. Tkanki otaczające ranę źle odżywione mogą uledz martwicy, wciągnięte w to naczynia mogą

się ponownie otworzyć i sprowadzić późny krwotok (Kleinwächter). Pewne wytłumaczenie przyczyn późnych krwawień jest trudne, gdyż sprawy odbywające się w macicy przed krwawieniem uchodzą naszej uwagi. Tu należą krwotoki przy owrzodzeniach martwiczych, martwicach uciskowych, *varicositas uteri* etc. O krwotokach późnych przy pęknięciach trzonu macicy nie wspominam, gdyż towarzyszy im szereg innych objawów.

Rokowanie w przypadkach późnego krwawienia połogowego jest bardzo złe. Vogelsänger na 15 zebranych przypadków z tętniakiem wrzekomym i podobnych podaje 12 zgonów, co równa się 80% śmiertelności.

Jedynem właściwem leczeniem po pewnem lub przynajmniej prawdopodobnem rozpoznaniu jest możliwie szybko wykonany zabieg. Da się krwawiące miejsce udostępnić, to można naczynie podwiązać. W większości przypadków jedynem leczeniem jest wyjęcie macicy drogą brzuszną. Gdy niepomyślne warunki na to nie zezwalają, należy silnie wysąozkować pochwę i macicę, co w naszym wypadku zawiodło.

Piśmiennictwo:

Frank: Zbl. f. Gyn. 1880 Band IV. Seite 277. — Freund: Uterusruptur Biol. u. Pathol. d. Weib. Halban-Seitz Bd. VII. T. I. — Kermauner: Arch. f. Gyn. 1925. Bd. 125. — Klaften: Zbl. f. Gyn. 1926. Nr. 8. — Kleinwächter: Enzyklop. d. Geb. u. Gyn. Leipzig 1900 Bd. I. S. 180. — Loofs: Beitr. zur Geb. u. Gyn. Bd. 18, H. II. 1913. — Opitz: Zeitschr. f. Aertzl. Fortbild. 1904. S. 615. — Siegel: Döderl. Handb. d. Geb. Bd. III. S. 641. — Sigward: Biol. u. Pathol. d. Weib. Halban-Seitz. Bd. VIII. T I. — Veit: Müller Handb. d. Geb. II. — Vogelsänger: Beitr. zur Geb. u. Gyn. Bd. XII. 1908. — Breiter: Przypadek śmiertelnego krwotoku po porodzie.. Ginekol. Nr. 3. str. 174. — Dobrowolski: O krwotokach w III. okresie porodu i bezpośrednio po porodzie. Przegl. lek. Nr. 1. 1900 r. — Kośmiński: O krwotoku śmiertelnym po porodzie. Roczn. Tow. Gin. krak. z. VI. str. 91. 1905. — Zaborowski: Przegląd Chirurg. i Ginek. T. I. Z. 2. p. 253.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach

Piśmiennictwo polskie.

Warszawskie czasopismo lekarskie, rok VII. nr. 24. z 12-go czerwca 1930: S. Bau-Prussakowa i J. Mackiewicz: O pierwotnych nowotworach barwnikonośnych rdzenia. — M. Taubenhaus: Myectomomia sub graviditate. — St. Hirszberg: W sprawie patogenezy pryszczycy (Streszcz. zbior.). — St. Kramsztyk. Wpływ witamin na retencję wapna. — B. Nowakowski i Rabinowicz: Ołowica zawodowa w przemyśle akumulatorowym (c. d.). — A. Krzyczkowski: Co robiły Izby lekarskie w r. 1928.

Kwartalnik Kliniczny Szpitala Starozakonnych w Warszawie, tom IX. zeszyt 1, za styczeń-marzec 1930 r.: M. Goldinberg: Powikłania uszne w przebiegu płonicy. — M. Essigman: Jaskra a rozszerzenie naczyń spojówkowych. — J. Rubinstein-Jezierski: Przypadek samoistnej centralnej przetoki wyrostka robaczkowego, jako wynik przewlekłego ropnego zapalenia jego. — W. Arkin: O dawkowaniu w operacjach zera. — M. Płoński: O tętniakach rozdzielających ((Aneurismata dissecantia) tętnicy głównej. — E. Herman: Zapalenie surowicze opon pochodzenia gruźliczego (Men. serosa tuberculosigenes).

Zagadnienia rasy, tom IV. nr. 9 za marzec 1930: J. Neyman: O zasadach metody statystycznej w eugenice. — J. Neyman: Statystyczne podstawy badań dziedziczności. — Z. Golińska-Daszyńska: Widmo Malthusa po wojnie światowej. — G. Bychowski: Zagadnienia wychowania seksualnego. — St. Bogdanowicz: Zagadnienie wychowania seksualnego na terenie szkoły.

Polska stomatologja, rok VIII. nr. 3, za maj, czerwiec 1930 r. I. Jarząb: Z badań nad udoskonaleniem środków znieczulających. — A. Cieszyński: O zakażeniu ropnem, ropowicach szczękowych i ich leczeniu (c. d.).

Położna, rok III. nr. 6 z czerwca 1930 r.: A. Papée: Rola jajników w organizmie kobiecym. — A. Łuszczkiewicz: Opieka społeczna nad matką i dzieckiem.

Kobieta współczesna, rok IV. nr. 24, z 15 czerwca 1930: Numer ten zawiera informacje dla dziewcząt kończących szkołę powszechną, zawodową i średnią w sprawie wyboru zawodu. Podaje wszelkie dane dotyczące dróg do zdobycia zawodu, zapotrzebowania na rynku pracy, perspektyw w danym zawodzie. Informacje obejmują: rzemiosło, handel, rolnictwo, ogrodnictwo, zawody społeczne, prawnicze, sanitarne, inżynierję i t. p.

Kronika Izby lekarskiej lwowskiej, rok I. nr. 8, z czerwca 1930: Z działalności Zarządu Izby lekarskie lwowskiej. — Wiec lekarzy Izby lek. lwowskiej w sprawie podatków. — Uwagi do artykułu Dr. Salpetera: „Uwagi krytyczne o naszem ustawodawstwie lekarskiem". — A. Kuhn: Dr. Jan Papée (c. d.).

Wiadomości Kas chorych, rok I. zeszyt 5, z 1. czerwca 1930: Dział urzędowy. — Kasa chorych m. Wilna. — Dział sprawozdawczy. — Wyjaśnienia. — Kronika.

Medycyna doświadczalna i społeczna, tom XI. rok 1930: A. Beck: Działalność naukowa Napoleona Cybulskiego. — H. Beck i R. Truszkowski: Enzymy purynolityczne płodów ludzkich. — Fr. Czubalski: Wpływ podrażnień nerwu błędnego i współczulnego na liczbę płytek Bizzozero i ciałek białych. Stężenie jonów wodorowych (pH) krwi oraz jej krzepliwość i współczynnik refraktometryczny. — P. Demant: Rola nadnerczy w przecukrzeniu krwi po dożylnem podaniu srebra koloidowego. — M. Eiger: O zwojach i komórkach nerwowych podwsierdziowych oraz ich roli fizjologicznej. — St. Gartkiewicz: Nużenie mięśni gładkich w stanie skurczu tonicznego (Przyczynek do fizjologji „snu małżów III". — H. Gnoiński: Wpływ adrenaliny na poziom cukru we krwi w związku z t. zw. blokadą układu siateczkowo-śródbłonkowego. — Fr. Goebel: Wpływ witasteryny D na rozwój zwierząt; przemianę azotową. — B. Gutowski: Wpływ nerwów trzewnych na wydzielanie żółci. — B. Gutowski: O chronaksji. — M. Skarżyńska-Gutowska: Przyczynek do zagadnienia złożoności witaminy „B". — J. Gworkówna i B. Szabuniewicz: Wpływ podawania kwasu solnego do żołądka na liczbę ciałek białych we krwi. — W. Hołobut: Zmiany przepuszczalności błon komórkowych mięśnia, jako podstawa jego życiowych przejawów. — St. Janicki i B. Szabuniewicz: Leukocytoza trawienia po przecięciu nerwów błędnych. — A. J. Klisiecki: Wpływ tętnienia naczyń na obraz ruchu krwi i przebieg tętniczego ciśnienia. — S. Kroszczyński: Badania wartości leczniczej liści naparstnicy na gołębiach zapomocą metody Hazlika i Schoemaker'a. — J. Laskowski: O sile zaczynowej wątroby w szoku anafilaktycznym. — J. Modrakowski i R. Lentz: Badania nad sztuczną acydozą i alkalozą. — St. J. Przyłęcki: Wpływ struktury na reakcję enzymatyczną. — A. Rowińska: Zawartość ciał purynowych w różnych organach zwierząt i stosunek azotu purynowego do niepurynowego. — H Sikorski i R. Lentz: Badania nad acydozą i alkalozą. — W. Tychowski: Wpływ zatrucia floryzynowego na zawartość glukozy w cieczy wodnej oka. — F. Venulet: O roli nerwu współczulnego w przecukrzeniu krwi po dożylnem wprowadzeniu srebra koloidowego. — J. Walawski: O humoralnem hamowaniu wydzielania soku żołądkowego.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVII. nr. 24 z 15. czerwca 1930: B. Stankiewicz: W sprawie badania preparatów zawierających witaminę B. — Nowe leki. — Sprawy zawodowe.

Młoda matka, nr. 12, z r. 1930: S. Popowski: Niebezpieczeństwo gruźlicy na letnisku. — Cz. Hoppe: Konflikty w leczeniu zdrojowem matki i dziecka. — M. Stopnicka: Czy należy niemowlę uczyć siedzieć? -- Z. Glińska: Kilka słów o przechowywaniu mieszanek podczas lata. — T. Lewenfiszowa: Do jakiego wieku dzieci powinny wyjeżdżać w wózku. — M. Michałowicz: Dziadzio i wnuczka. — St. Lewartowicz: Struktura bajki dla najmłodszych dzieci — J. Brzośko-Gudérska: Na wsi. w polu i w lesie. — J. Komorowska: Jak zużytkować muszelki.

Nowiny lekarskie, rok XLI. nr. 12. z 15 czerwca 1930: K. Nowakowski: Doświadczenie z phrenicoexaireza w 49 przypadkach. — H Ciszkiewicz: Żylaki żył szyjnych. — T. Serafiński: Wartość lecznicza digipuratu. — St. Tatka: Uwagi w sprawie leczenia odoskrzelowego zapalenia płuc u dzieci ze szczególnem uwzględnieniem cardiazolu (dokończenie).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo francuskie.

La Presse Médicale.

1930. — Nr. 38.

M. Renaud: *Oleinjan sodu środkiem obniżającym ciśnienie krwi*. W stowarzyszeniu lekarzy szpitalnych w Paryżu Renaud omawiał działanie hypotoniczne oleinjanu sodu. Środek ten stosuje się jako wstrzykiwanie dożylne.

Louis Ramond: *Aphasia Wernicke.* Autor przedstawia przypadek aphasji sensorjalnej typu Wernicke u kobiety 53 letniej. Jako przyczynę tego cierpienia uważa autor rozmiękczenie mózgu na tle *endarteritis obliterans* z powodu ateromatozy naczyń mózgowych co ze względu na wiek chorej i miażdżycę innych tętnic jest bardzo prawdopodobne.

Leczenie septikemji.

Autor wskazuje następujące metody leczenia septikemji:

Leczenie ogólne t. j. dezynfekcja ust, gardła, podawanie obfitej ilości płynów, *diuretica, cardiaca,* kąpiele, lód na brzuch, serce i głowę, lawatwy kroplowe, injekcje surowicy i t. d. Leczenie wywołujące leukocytozę t. j. sztuczne wywołanie abscesów. Leczenie przez wywołanie wstrząsu, przez wprowadzenie substancji proteinowych, metali koloidalnych, nawet substancyj krystalicznych.

Leczenie biologiczne: przez seroterapję, wakcynoterapję, transfuzję krwi. Chemoterapję jak: salicylan sodu, siarkan miedzi, przetwory arszenikowe, błękit metylowy, trypaflawina, optochina.

Wszystkie te metody często są skuteczne a niekiedy zawodzą. Ich działanie dodatnie lub ujemne, zależy od rozmaitych czynników, wieku chorego, odporności ogólnej, natury zarazka i t. d.

Leczenie ostrego reumatyzmu stawowego skombinowanymi przetworami salicylu.

Autor poleca leczenie tego cierpienia rozczynem 5% 3 preparatów salicylu t. j. salicylatu sodu, potasu i wapnia. Rozczyn ten zostaje wstrzyknięty dożylnie przy równoczesnem podawaniu salicylu do wewnątrz. Przy odpowiedniem stosowaniu tego leczenia z uwzględnieniem wieku, tolerancji pacjenta, stanu nerek, leczenie to jest nadzwyczaj skuteczne także dla leczenia objawów sercowych towarzyszących tak często reumatyzmowi. Leczenie to wedle autora odpowiednio stosowane powinno trwać 18 miesięcy do 2 lat by zapobiedz dalszym napadom reumatyzmu. (

Szczegóły co do samych zastrzyków dożylnych polisalicylatu w pracy oryginalnej.

M. Perrin i A. Cuénot: *Działanie przeciwtrujące niektórych wód mineralnych i chemoterapja.*

Na podstawie własnych doświadczeń autorowie stwierdzili, że niektóre wody mineralne posiadają zdolność przeciwdziałania pewnym truciznom. Autorowie tłumaczą to zjawisko tem, że pod wpływem zawartości w wodzie mineralnej pewnych soli, substancje trujące zmieniają się na ciało nowe mniej trujące. Zdolność antytoksyczna wód mineralnych może mieć w przyszłości wielkie znaczenie w leczeniu intoksykacji. Autor wzywa do dalszych doświadczeń w tym kierunku w tej myśli że chemoterapja antytoksyczna wód mineralnych może w przyszłości okazać się jako środek zbawienny w zatruciach przeciwko którym jesteśmy dzisiaj bezbronni.

Jaques Roskam: *Nowy symptom: Ciężka synkope sercowa i powracająca przez zwiększoną pobudliwość sinus carotis.*

Autor opisuje następujący przypadek: napady ciężkiej synkope cardiaca często powtarzające się spowodowane przez zwiększenie pobudliwości *sinus carotis.* J. S. wedle Herduga okolica rozszczepienia *carotis* na *interna i externa* około tego miejsca znajdują się wiązki nerwowe *plexus nervosus.* Wiązki nerwowe ciagną do *glosso pharyngeus ganglion vagi.* Sinus ten jest wedle Heringa regulatorem ciśnienia tętniczego. Podrażnienie tego sinus wywołuje zwiększenie ciśnienia tętniczego. Na tem tle wypadek autora daje się łatwo wytłumaczyć.

Dr. F. Reichowa.

Piśmiennictwo niemieckie.

Klinische Wochenschrift.

Nr. 4. — 1930 r.

Prof. Oswald (Zürich): *Stosunek schorzeń skóry (dermatoz) do wydzielania wewnętrznego* (Ref. pogląd). Dermatozy pozostają w ścisłym związku z gruczołami o wydzielaniu wewn. Przy *myxoedema* wszelkiego rodzaju *(spontan., congenit., infantil., postoperat.* i t. d.), skóra jest żółtawo-woskowatą, ciastowatą, nieelastyczna, sucha. Często pyodermia, pigmentacja i viteligo. Skąpe uwłosienie, zmiany na paznokciach. Przy *nadczynności tarczycy* — znane zmiany w skórze, paznokciach, owłosieniu. *Morb. Adisoni* przebiega z pigmentacją lub *viteligo, macrogenitosomia praecox* polegająca na hyperplazji kory nadnercza przebiega z szybkiem postarzeniem się skóry, *virilismus suprarenalis* przebiega z *hypertrichosis,* pigmentacją. W łączności z czynnością gruczołów płciowych przebiega cały szereg zmian skórnych, jak dermatozy menstruacyjne, ciążowe, zmiany barwikowe i t. d. Dalej zmiany skórne w schorzeniach przysadki, jak *acromegalia,* choroba Simona, infantylizm przysadkowy. Schorzenia narządów o wewn. wydzielaniu wywołują na skórze przedewszystkiem zmiany w zabarwieniu, poroście włosów, wydzielaniu potu i łoju, nagromadzeniu się pewnych produktów jak tłuszcz i cholesteryna.

Prof. R. v. Jaschke: *Nierozpoznane samoistne pęknięcie macicy przy placenta isthmica partialis.* Pacjentka 39 lat, III ciąża, początek porodu prawidłowy, tętno dziecka 130, matki 110 (odnoszono do pobudliwości rodzącej). Po pół godz. tętno matki 140, sinica. Badanie *per vaginam* nie wykazuje nic szczególnego. Stopniowo tętno podnosi się do 170, przyjmuje się ostrą niedomogę serca, wskutek przemęczenia wywołanego ustawicznem parciem. Po urodzeniu dziecka skąpy krwotok, w 35' potem tętno 200, *exitus.* Sekcja: *placenta isthmica partialis,* pęknięcie długości 7 cm w zakresie *corpus uteri; cervix i orificium* bez zmian, w miednicy małej 1780 cm^3 krwi.

Prof. Rosenberg: *Leczenie diabetes insipidus przez wąchanie proszków z preparatów z tylnego płata przysadki mózgowej.* Próby stosowania preparatów przysadki w postaci proszków do wąchania z tylnego płatu wyosobniono 2 hormony: „Pitocin" — działa głównie na mięśnie macicy „Pitressin" — podnosi ciśnienie krwi, pobudza gładkie mięśnie jelit i hamuje diurezę. Preparaty te firmy Parke Davis dotychczas wydane w płynie. Natomiast f. Höchster Farbwerke wydała identyczne przetwory p. n. Orasthin i Tonephin, ten ostatni w postaci proszku. Autor stosował oprócz podanych inne jeszcze preparaty przysadki w postaci tamponików do nosa, wąchania i wreszcie czopków. Najlepsze wyniki otrzymał po Pituigan sicc, ilości moczu znacznie się zmniejszały, ciężar gatunkowy i zagęszczenie wzrastały. Wszystkie te preparaty należałoby podawać według jednej pewnej miary (jednostka Voegtlin). Przekroczenie dawek wywołać może zaburzenia mózgowe.

K. Hinsberg: *Doświadczenie nad wpływem kąpieli kwasowęglowych u chorych sercowych.* W chorobach narządu krążenia chorzy zużywają podczas pewnej pracy więcej tlenu niż ludzie zdrowi. Czy można drogą zadziałania kąpieli kwasowęglowych, które jak wiadomo wpływają korzystnie na samopoczucie i zdolność do pracy, stan ten poprawić? Obliczano ilość tlenu zużytego przez chorego w spoczynku i podczas pracy, potem stosowano kąpiele kwasowęglowe i obliczano powyższe wartości przy tejże pracy. Okazało się, że zużycie tlenu nie zmniejszało się a raczej ulegało zwiększeniu w okresie, w którym chory pozostawał pod wpływem działania kąpieli. Jeśli przed kąpielą podaje się naparstnicę, to początkowe dolegliwości nie występują. Wyniki odnosiły się do chorych z niedomykalnością zastawek tętnicy głównej na pograniczu dekompensacji.

Prof. A. Seitz. *Doświadczalne zatrucie thalium.* Doświadczenia na zwierzętach którym wstrzykiwano rozczyny, wcierano maście oraz karmiono preparatami zawierającymi ten metal. Występuje prawie zawsze ślinotok, w większości wypadków *gastroenteritis,* porażenie nerwów naczynioruchowych, łysienie, wychudzenie. We krwi limfocytoza i polychromatofilja.

Horn i Kanders. *Badania nad odpornością w zimnicy i durze powrotnym.* Płyn mózgowo rdzeniowy chorych na *paralisis progressiva* po zaszczepieniu im malarji wywiera wpływ hamujący na rozwój krętków duru powrotnego. Najsilniej działa płyn pobrany na szczycie napadu gorączkowego. Próby z płynem mózgordzeniowym i surowicą paralityków nie szczepionych malarją, jakoteż próby z płynami tymi ludzi zdrowych nie miały wpływu na rozwój *spiroch. recurrens.* Uodparniające działanie malarji w płynie m.-rdzeniowym jest silniejsze niż w surowicy. W czasie przerw gorączkowych działanie to jest słabsze.

G. v. Wendt. *Czy witamina D jest substancją jednolitą?* Przy naświetlaniu ergosteryny promieniami pozafiołkowymi oprócz witaminy D powstają rozmaite uboczne produkty, które nie mają żadnego działania antirachitycznego, mogą jednak unieszkodliwić trujące działanie podawanej w nadmiarze witaminy D. Witamina ta nie jest substancją jednolitą. Podobnie do tej witaminy tran i vigantol podane w nadmiarze również działają trująco. W Szwajcarji uzyskano z zielonych roślin preparat „Vitophos", który ma działać korzystnie w krzywicy.

Geldrich. *Określenie długości ciała u dzieci według wieku.*

Milko: *Przypadek przewlekłego zatrucia pilokarpiną.*

Prof. Schlesinger: *Kila żołądka.* Nie wszyscy autorzy uznają *gastritis luetica,* bowiem zmiany w żołądku występować mogą wtórnie wskutek schorzenia innych narządów. Ważnym jest stosunek *lues do ulcus pepticum,* szereg autorów przyjmuje dla

ulcus tło luetyczne, Haussmann twierdził, że *ulcus callosum* występuje częściej u luetyków. Niedokrewność w *ulcus ventriculi* przemawiać ma za genezą luetyczną, choć może występować u osobników nieluetycznych. Późne zmiany kiłowe żołądka występować mogą w postaci kilaków, owrzodzeń lub zmian włóknistych. Charakterystycznych zmian dla kiły żołądka nie ma, podziały schorzeń kiłowych żołądka są rozmaite. Autor podaje 2 grupy późnych zmian kiłowych żołądka: 1) postacie guzowate przypominające nowotwór i 2) zwężenia odźwiernika. Za kiłowem zwężeniem odźwiernika przemawia szybki przebieg u osób młodych, wymioty przy dobrem łaknieniu, wyczuwalny niebolesny opór w okolicy odźwiernika, brak wolnego kwasu solnego, brak utajonych krwawień, wysoka zawartość hemoglobiny we krwi, brak limfocytozy, dodatni odczyn Wa.

Doornkaat Koolman. *Działanie dawek promieni Rentgena stosowanych w celach djagnostycznych.*

Silberberg: *Limfocyty i hiscjocyty.*

Nobel: *Nowa komora cieplna dla noworodków.*

Nr. 5. — 1930 r.

Prof. Heymann: *O chorobie papuziej (Psitacosis).* Ostra choroba infekcyjna przebiegająca z ciężkiem zapaleniem płuc. Może naraz zachorować wiele osób w tym samym domu. Obraz chorobowy u papugi wygląda w ten sposób, że po 3-dniowym okresie wylęgania ptak staje się apatyczny, traci apetyt, występują śluzowo-krwawe biegunki, zielone wymioty, duże pragnienie. Po 3—5 dniach śmierć wśród drgawek. Jeśli choroba przetrwa 8—9 dni, co się zresztą rzadko zdarza, to w okresie chronicznym zamiast objawów jelitowych pojawia się kaszel, duszność, wydzielina z nosa i oczu. Obraz sekcyjny: wychudzenie, przekrwienie narzadów jamy brzusznej, wybroczyny na otrzewnej, owrzodzenia na błonie śluzowej jelit, obrzęk wątroby, śledziony, które zawierają prosówkowe szare guzki, w płucach objawy *bronchopneumonji.* Drobnowidowo: w naczyniach włosowatych mikrokoki kształtu jajowatego, nie dające się wybarwić met. Grama.

Obraz chorobowy u ludzi (znany już w r. 1879) zaczyna się dreszczami, zmianami nieżytowo-wrzodziejącemi na błonie śluzowej jamy ustnej, gardła, migdałkach, objawami podniecenia lub przygnębienia. Nierzadko silne pragnienie, ciepłota ponad 40°. Po 2—3 tyg. spadek lityczny. W przebiegu choroby na pierwszy plan występują objawy ze strony narządu oddechowego (w przeciwieństwie do papugi) w postaci zmian oskrzelowych, zrazikowych, płatowych, znaczne osłabienie mięśni, zaburzenia przytomności, drgawki. Po 2—3 tyg. jeśli nie następuje poprawa pojawia się osłabienie serca, sinica, exitus. Na sekcji zmiany w płucach, wątrobie, śledzionie, nerkach. Zarazek wyhodowany w r. 1892 ze szpiku kostnego skrzydeł, z własności biologicznych może być zaliczony do *paratyphusu B.* Przenoszenie choroby z człowieka na człowieka jest rzadkie. Choroba jest w związku ze świeżo importowanemi papugami. Na człowieka dostaje się ze stolców papugi przez kontakt lub wdechiwanie. Epidemje przeważnie w porze zimowej.

Prof. Oswald: *Stosunek schorzeń skóry (dermatoz) do wydzielania wewnętrznego* (dokończenie z Nr. 4.). W dalszym ciągu autor omawia dermatozy menstruacyjne, ciążowe, oraz pozostające w związku z chorobami tarczycy lub przysadki mózgowej, wreszcie wywołane przez procesy grzybkowe. W konkluzji twierdzi, że żaden proces chorobowy skóry nie znajduje dostatecznego wyjaśnienia w zaburzeniach gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu. Aparat „wewnątrzwydzielniczy“ należy uważać, za część składową w szeregu innych czynników wywołujących zmiany. Bardzo zaś ważnym czynnikiem w chorobach skóry są procesy allergiczne i anafilaktyczne.

Günther: *Przebieg i epidemjologja choroby papuziej.*

Steiner-Wouzlisch: *Niecodzienne przypadki idjosynkrazji.*

Prof. Loeve i Lange: *„Agarol“* emulsja parafinowo-agarowa phenolftaleiny, która w tem połączeniu w mniejszym stopniu ulega wchłanianiu i przeto jest mniej trująca.

V. Gara: *Badanie nad grupami krwi u królika zdrowego i u królika zakażonego prątkami duru.*

Toennissen: *Powstawanie kwasu bursztynowego z kwasu pyrogronowego.*

Lorant i Froehlich: *Wpływ wstrzykiwań dożylnych cukru na ketonurję w cukrzycy.* W śpiączce cukrzycowej podawano śródżylnie dextrozę i badano zmiany co do ilości ciał ketonowych. W 2 godz. po injekcji ilość ciał ketonowych we krwi podnosiła się o 40%. Injekcje insuliny, które były równocześnie robione nie zmniejszały obrazu. Po 2 godz. ilość ciał ketonowych spadała do początkowej wartości. Dożylne więc stosowanie cukru w *coma diabet.* jest szkodliwe, bowiem zwiększa się znacznie ilość ciał ketonowych, opóźnia się odcukrzenie, konieczność jednoczesnego stosowania większych dawek insuliny zwiększa niebezpieczeństwo hypoglikemji.

Depisch i Hasenöhrl: *Badania nad czynnością aparatu wysepkowego.*

Lewin: *Współczynnik utleniania w okresie miesiączki.* Badania nad zagadnieniem jak się zmieniają procesy oksydacyjne w czasie ciąży i miesiączki.

Collazo i Rubino: *Wpływ doustnie podawanej insuliny na powstawanie glykogenu w wątrobie.* Podawana doustnie insulina nie wpływa na poziom cukru we krwi, nie można jednak odrzucać wpływu na wątrobę w kierunku tworzenia się glykogenu. Badania na zwierzętach, którym doustnie podawano insulinę, wykazały, że zwiększa się ilość glykogenu w wątrobie i mięśniach.

Mann: *Niezwykły przypadek późnej padaczki urazowej.* Padaczka w kilkanaście lat po urazie czaszki.

Waldbott: *Bronchitis allergica.* Samoistny obraz chorobowy będący wyrazem skazy allergicznej. Charakteryzuje się nagłym początkiem, suchym kaszlem, odczynem na allergeny. W skąpej plwocinie eozynofilja, brak kryształków Charcota, hodowla plwociny jałowa. Epinefrina usuwa kaszel.

1930. — Nr. 6.

Mainzer: *Kwasica w chorobach nerek.* Kwasica nerkowa nie pozostaje w związku z rodzajem i ciężkością schorzenia nerek, nie jest regułą w stanach uremicznych, występuje w ostrych jak i przewlekłych schorzeniach nerek, w postaciach kłębuszkowych jak i kanalikowych. Kwasicę wywołują rozmaite czynniki, przedewszystkiem chodzi jednak o zaburzenia równowagi miedzy jonami. Punktem węzłowym między ogólną równowagą jonów a równowagą kwasowo-zasadową są dwuwęglany krwi.

Fuchs: *Nowa teorja krzepnięcia krwi.*

Londek: *Hormony przedniego płatu przysadki mózgowej.* Preparat „Prolan“ uzyskany z przedniego płatu przysadki zawiera hormon seksualny który składa się z dwu różnych substancji: Prolan A powoduje dojrzewanie pęcherzyków Graafa, Prolan B powoduje luteinizację jajnika. Preparat ten chemicznie jest bardzo wrażliwy przy podawaniu per os zostaje w przewodzie pokarmowym zniszczony.

Weiss. *O urorubinie.* Barwik powstający z urorubinogenu. Po raz pierwszy zauważono go w moczu cukrzycych zwłaszcza u osobników ze sklerozą naczyń. Pojawia się też w niedomogach serca, gruźlicy, w okresach zdrowienia po żółtaczce nieżytomej. Występuje tylko w moczu kwaśnym. Stwierdzenie tego barwika w moczu u starszych osób przemawia za zaburzeniem przemiany cukrowej.

Wassermeyer: *Przemiany chemiczne i koloidalne w przeroście i zaniku mieśni ciała i mięśnia sercowego.*

Głównem źródłem energji mięśnia jest glykogen, który podczas skurczu mięśnia przebudowany jest na kwas mlekowy. Jednak możliwość męczenia się mięśnia nie jest zależną tylko od glykogenu, bowiem w okresie który Embden nazywa (alterung) starzeniem się mięśnia, przychodzi do zmian kolloido-chemicznych w tkance mięsnej, zmiany te zachodzą w czasie męczenia się mięśnia zarówno przy pracy jak i wskutek napięcia (wyciąg gipsowy) i to tem wybitniej im praca czy napięcie jest intenzywniejsze. Jako proces kompensacyjny występuje przerost mięśnia, ale tylko wtedy gdy praca (czy napięcie) nie jest zbyt intensywne w przeciwnym razie następuje zanik mięśnia. W czasie zanim wystąpi przerost procesy energetyczno-chemiczne wykazują zmiany w znaczeniu wyczerpywania się. Z chwilą pojawienia się przewrotu objawy wyczerpania znikają. Badania na zwierzętach którym sztucznie wytwarzano wady sercowe dały podobne wyniki w odniesieniu do mięśnia sercowego z tem jednak, że dla pojawienia się procesu kompensacyjnego jakim jest przerost, trzeba znacznie dłuższego czasu. Stosunki w zwężeniach ujść były gorsze niż u niedomykalności zastawek.

Raab i Wittenbuk: *Kwasica pooperacyjna* nie jest wywywołana jak sądzono dotad przez kw. oxymasłowy, lecz składa się na nią szereg czynników, jak uszkodzenie wątroby i zaburzenia przemiany węglowodanów, następnie wstrząs operacyjny, przekwaszenie ustroju kwasem węglowym, głód przedoperacyjny, wpływ psychiczny. Kwasicy pooperacyjnej specjalnie leczyć nie trzeba.

Platt: *Leczenie choroby Basedowa ergotaminą.* Pod wpływem tego leku występuje przemijające zwolnienie tętna, zasadniczej poprawy nie uzyskuje się. Przy podaniu większych dawek kurcze naczyniowe, wymioty, bóle w okolicy serca.

Wohlgemuth: *Zasadnicza różnica w składzie chemicznym treści otrzymanej z pęcherzy skórnych a przyżyciowo wyciętą tkanką skórną.*

Urbach: Odpowiedź na artykuł poprzedni.

Hentschel i Schindel: *Wykazywanie cholesteryny w skórze ludzkiej.*

Kahn: *Różnicowanie białka w surowicy krwi.*

Raeschke: *Tworzenie się kostniny bez złamania kości.*

Werner: *Obecny stan leczenia raka promieniami Roentgena.* Co do sposobu działania promieni R czy zadziałanie wprost na tkankę nowotworową, czy przez odczyn otoczenia — zdania są rozbieżne. Jest pewnem że otoczenie może być przez promienie b. zmienione bez zniszczenia tkanki nowotworowej, a nawet nowotwór po naświetleniu może róść jeszcze szybciej, zwłaszcza to ostatnie zjawisko występuje, gdy słabo się naświetla (Reizdosen). Działanie promieni zależy od wrażliwości tkanki nowotworowej. Dobre wyniki uzyskuje się u mięsaków (lymphosarc.) oporne są osteo i chondrosarcoma, adenocarcinoma. Ścisłej granicy między wskazaniem do naświetlania promieniami R. a radem przeprowadzić nie można. Nowotwory przysadki z dobrymi wynikami naświetla się promieniami R. nowotwory szczęki górnej i raki jamy ustnej leczy się radem. *Struma maligna* reaguje na rad i promienie Roentgena. W nowotworach śródpiersia stosuje się promienie R. zaś nowotwory przełyku są objektem b. niewdzięcznym do naświetlania guzy jamy brzusznej, wątroby, dróg żółciowych na promienie Roent. nie oddziaływują, o wyleczeniu nowotworów nerek i nadnerczy (z wyjątkiem mięsaka u dzieci) nie słyszy się. Mięsaki jajników mogą zniknąć pod wpływem Rg, gorzej jst z rakami tych narządów. Nowotwory macicy nadają się do leczenia energją promienistą. Raki skórne ustępują głównie pod wpływem radu.

Hueppe: *Nowy pogląd na sprawy seksualne i zagadnienia rozrodczości.*

St. Dziuba (Kraków)

SPRAWY ZAWODOWE.

Co robiły Izby Lekarskie w 1928 r.

Zestawił ze sprawozdań Izb Lekarskich za rok 1928, złożonych Naczelnej Izbie Lekarskiej — Dr. Antoni Krzyczkowski.

W Nr. 6 „Nowin Społeczno-Lekarskich“ z dnia 15 III 1929 r. zostało zamieszczone „Zestawienie sprawozdań Izb Lek. za lata 1926 i 1927“, opracowane na polecenie Naczelnej Izby Lek. Dla uzupełnienia obrazu prac Izb Lek. podczas całej trzyletniej kadencji Izb czyli za lata 1926—1928 włącznie, czyli II kadencji Izb od dnia ich powstania, opracowałem zestawienie prac tych w r. 1928.

W roku 1928 funkcjonowało w Rzeczypospolitej Polskiej 7 Izb Lekarskich: w Warszawie, Lwowie, Krakowie, Poznaniu, Lublinie, Łodzi i Wilnie i Naczelna Izba Lekarska w Warszawie, której zestawienie obecnie nie obejmuje, gdyż w Nr. 14 „Nowin Społ. Lek.“ z 1929 r. zostało ogłoszone sprawozdanie z działalności Zarządu Naczelnej Izby Lek. za rok 1928, a w Nr. 2, 3, 4 i 5 „Nowin Społ. Lek.“ z 1929 r. ogłosił b. Prezes N. I. L. dr. J. Bączkiewicz „Rzut oka na działalność N. I. L. w dwóch pierwszych jej kadencjach: I — 1923 do 1925 i II — 1926 do 1928“.

Żadnych zmian ustawodawczych w prawnej podstawie istnienia Izb Lekarskich czyli w „Ustawie o ustroju i zakresie działania Izb Lekarskich“ z dnia 2 grudnia 1921 r. (Dz. U. R. P. 105/21 poz. 763) w r. 1928 nie zaszło.

Ilość członków w Izbach:

Izby	31 XII 1928	zmarło	% śmiertelności
1. Warszawsko-Białostocka	2.567	35	1,38
2. Lwowska	1.765	10	0.57
3. Krakowska	1.023	16	1,50
4. Poznańsko-Pomorska	944	11	1,18
5. Lubelska	679	6	0,88
6. Łódzka	703	7	0,99
7. Wileńsko-Nowogródzka	566	12	2,13
Razem	8.247	97	1,18%

Bilanse roczne zamykały się w ramach:

Izba	Suma	Saldo na 1/I. 1929	Składka roczna
1. Warszaw.-Białostocka	84.446 zł. 41 gr.	10.534 zł. 12 gr.	20 zł.
2. Lwowska	78.482 zł. 60 gr.	26.212 zł. 93 gr.	25 zł.
3. Krakowska	43.827 zł. — gr.	25.162 zł. — gr.	20 zł.
4. Poznańsko-Pomorska	21.113 zł. 60 gr.	4.269 zł. 06 gr.	25 zł.
5. Lubelska	32.713 zł. 91 gr.		25 zł.
6. Łódzka	15.750 zł. 90 gr.	3.725 zł. 93 gr.	24 zł.
7. Wileńsko-Nowogródzka	19.555 zł. 67 gr.	1.228 zł. 93 gr.	46 zł.

Najniższa zatem składka członkowska w Warszawie i Krakowie najwyższa w Izbie Wileńsko-Nowogródzkiej.

Koszta administracyjne, do których zalicza się wydatki personalne, kancelaryjne Zarządów, Sądów i Instyt. Samopomoc. przy Izbach, lokal, opał, oświetlenie, telefony, remont lokalu, podatki, porady prawne Zarządu i Sądu, diety i przejazdy członków Rady i Sądu.

Izba	Koszta administracyjne		Na 1 członka wypada
1. Warsz.-Białostocka	Izba i Sąd	41.669,—	16,23
	Kasa Pogrzebowa	12.822,—	5,—
2. Lwowska	Łącznie z K. Ubez i Kasą Emeryt	15.932,86	9,03
3. Krakowska		10.332,33	10,09
4. Poznańsko-Pomorska		25.907,—	27,44
5. Lubelska		5.774,65	8,50
6. Łódzka		11.532,37	16,40
7. Wileńsko-Nowogródzka		13.937,69	24,63

Dziennik notuje pism:

	Warszawa	Lwów	Kraków	Poznań
Wpłynęło	2137	1939	—	1296
Wysłano	2780	—	—	1304
Druki	21900	—	—	—

	Lublin	Łódź	Wilno
Wpłynęło	—	—	454
Wysłano	—	—	444
Druki	—	—	—

Instytucje Samopomocy.

I. Izba Warszawsko-Białostocka posiada: a) Kasę Pogrzebową, która w r. 1928 zamknęła bilans sumą 237.054 z saldo na 1 stycznia 1929 — 64.032,87, wypłaciła w r. 1928 premji 120.554,50. Premje wynosiły od 4.200 do 4.400.

b) biuro pośrednictwa pracy.

II. Izba Lwowska posiada: a) Kasę Emerytalną — karencja 5-letnia, jeszcze nie wypłaca.

b) Kasę ubezpieczeniową na wypadek choroby, która wypłaciła w r. 1928 26.168 zł.

c) założyła „Stowarzyszenie dla wdów i sierót po lekarzach“. Wdów zarejestrowano 240.

d) biuro porad prawnych,

e) biuro pośrednictwa pracy.

III. Izba Krakowska posiada Kasę Wzajemnych Ubezp. na wypadek śmierci. Przeciętna kwota wypłaty — 9.882 zł. W r. 1928 przychód 277.746.03, rozchód 166.961,20 — saldo na 1 I 1929 r. 110.784,83.

IV. Izba Poznańska posiada Kasę Ubezp. na wypadek śmierci. Zamknęła bilans w r. 1928 sumą 56.015,01 z saldo na 1 I 1929 r. 3.221,85. Wypłaciła 11 premij w r. ub. na sumę 46.090. Premje wynosiły od 3.782 do 3.926.

Fundusz zapasowy — 35.645.

V. Izba Lubelska posiada Kasę Pomocy Koleżeńskiej, która wypłaciła w 1928 r. 8 zasiłków w sumie 38.533,74. Średnio zasiłek wynosił 4.817 zł, w r. 1928 wprowadziła dział zapomóg bezprocentowych dla lekarzy w krytycznych chwilach braków materjalnych i przeznaczyła 4.000 dla pożyczek zwrotnych i 1.000 zł dla bezzwrotnych.

VI. Izba Łódzka prowadzi Kasę Ubezpieczeń na wypadek śmierci. Zamknęła bilans sumą 116.910,84 z saldo 54.363,49. Wypłaciła w r. 28 — 5 premij na sumę 58.855 zł. Premje wynosiły od każdego wypadku śmierci od 11.637 do 11.947 zł.

VII. Izba Wileńsko-Nowogródzka posiada Kasę Pogrzebową z bilansem w sumie 34.580, z saldo na r. 29 — 4.655,66. Wypłaciła zapomóg na sumę 24.139 w rozmiarach od 1.940 do 2.036 zł.

Wszystkie więc Izby pomyślały o samopomocy i założyły — co jest charakterystyczne — najłatwiej dający się zorganizować typ, Kas na wypadek śmierci, które wypłacają jednorazowo zapomogę na wypadek śmierci lekarza w rozmiarach stosunkowo nikłych (od 1940 do 4.500 zł), co nie zabezpiecza bytu wdowy i sierót po lekarzu. Wyjątek tu stanowi Kasa Izby Łódzkiej, która wypłaca premje koło 12.000 jednorazowo, co daje możność wdowie inteligentnej i przedsiębiorczej założyć jakąś pracownię, placówkę handlową lub coś podobnego, a więc zbliża się do wyższego typu ubezpieczeń na życie w Towarz. Ubezp., ale za to jest dosyć kosztowną.

Najgłębiej ujęła tę sprawę stara Izba Lwowska, gdyż założyła Kasę Emerytalną, wypłacającą stałą zapomogę lekarzowi-inwalidzie, starcowi, a po jego śmierci jego wdowie i sierotom. Dla zgromadzenia potrzebnych funduszów wprowadziła 5-letnią karencję, która już upływa w r. przyszłym i Kasa zacznie wypłacać już emerytury i renty wdowie i sierocce.

Jest to najwyższy typ Kasy Ubezp., do której winni dążyć lekarze, którzy pragną uchronić swe rodziny od tej smutnej egzystencji, a często nędzy, w której obecnie widzimy rodziny lekarskie po b. nawet wziętych i znanych lekarzach.

Naczelna Izba Lekarska dużo czasu i usiłowań poświęciła, by zorganizować taką wspólną dla wszystkich Izb Kasę Emeryt., do czego niezbędnym jest przymus należenia a przymus uchwalić mogą tylko poszczególne Izby Lek., na zasadzie art. 4 Ustawy o Izbach Lekarskich. Zgoda Izb w tej kwestji nie nastąpiła i sprawa pozostała w zawieszeniu, ale jestem pewien, że z chwilą postępu rozwoju pojęć społecznych wśród lekarzy, Kasa powstanie czy to jako Kasa Emeryt. lekarzy samodzielnie, czy też jako grupowe ubezpieczenie lekarzy w Zakładzie Ubezp. Państw. dla pracowników umysłowych.

W sprawozdaniach rocznych Izb sprawa Kas jest traktowana b. pobieżnie, często niema żadnych danych, jakie obowiązują składki, jakie wpływają, czy są fundusze zapasowe. Bardzo byłoby pożądanem, by ten dział w sprawozdaniach był obszerniej i staranniej opracowany, chociażby tylko w celu propagandy i budzenia idei samopomocy wśród braci lekarskiej.

* * *

Żadna z Izb nie posiadała i w r. 1928 swej własnej realności i lokują się w wynajętych lokalach, ale budzi się dążenie do swych własnych siedzib; niektóre Izby przeznaczają co rok jakąś sumę na budowę domu lekarskiego (Lubelska 5000 rocznie). W Warszawie świeżo zostały wybudowane wcale okazałe domy dozorców domów i służących, a lekarze nie mają swej siedziby; a gdyby wszystkie organizacje lekarskie w Warszawie zabrały się społem do tego — marzenie o własnym domu lekarskim stałoby się faktem. We Lwowie Kasa Emerytalna i Ubezp. mają swoje własne siedziby.

Organu własnego prasy Izby Lekarskie dotychczas nie posiadają. Każda z Izb obiera sobie jakiś miejscowy organ prasy lekarskiej za swój organ oficjalny, lub też wydają biuletyny — po kilka rocznie. Obecnie jedna Izba nie wie co się dzieje na terenie Izb innych, czasem wielce ciekawe uchwały Izb, wyroki Sądów (bez nazwisk), mające cechy uchwał miarodajnych dla wszystkich lekarzy, podobnie jak wyroki Sądów lub Trybunału Administracyjnego — dla administracji i obywateli giną bezpowrotnie w aktach poszczególnych Izb.

Sfery działalności i zainteresowań Izb są b. charakterystyczne dla poszczególnych dzielnic Ojczyzny naszej, a zapoznanie się z tą dzielnicą wszystkich lekarzy jest, zdaje mi się, koniecznością bezsporną.

Jeden organ prasowy dla wszystkich Izb conajprędzej powstać musi.

* * *

W r. 1928 skończyła się druga trzechletnia kadencja Izb Lek., za wyjątkiem Izby Wileń.-Nowogródzkiej, która powstała dopiero w r. 1927. Wybory do Izb Lek. III. kadencji odbyły się w końcu r. 1928 lub na początkach 1929 r. Niektóre Izby podały w procentach ilość głosujących członków: we Lwowie 41%, w Lublinie 40%, w Poznaniu 50%. Wniosek z tego, że zainteresowanie się wyborami do Izb było b. słabe, co dowodzi jeszcze b. małego wyrobienia społecznego wśród lekarzy, i niezrozumienie roli samorządu stanu lekarskiego, nadanego im przez Państwo.

Sądy przy Izbach Lekarskich.

Niżej zamieszczony wykaz spraw, które wpłynęły do Sądów Izb w r. 1928, wykazuje znaczne zmniejszenie się ilości spraw w porównaniu z latami ubiegłemi, co się tłumaczy: 1) znaczną ilością nieporozumień pomiędzy lekarzami i osobami obcemi uregulowanych interwencją Zarządów Izb bez przekazywania spraw do Sądu i 2) spadkiem pieniactwa i zadrażnień pomiędzy lekarzami.

Działalność Sądów Izb Lekarskich w 1928 r.

Izba	Pozostało spraw z lat ub.	Wpłynęło	Załatwiono	Pozostało na 1929 r.	Odwołań
1. Warszawa 3 kompl. sądz.	65	30 (82) *)	49	46	5
Białystok 1 kompl. sądz.					
2. Lwów	34	22 (30)	25	31	
3. Kraków	11	2 (10)	6	7	1
4. Poznań	20	10 (31)	17	13	2
5. Lublin	2	6 (28)	3	5	
6. Łódź	3	21 (12)	16	8	
7. Wilno	9	5 (9)	9	5	

Charakter spraw sądowych w większości sprawozdań nie jest określony, a więc wnioskowanie o wyższości etycznej lekarzy z pewnych dzielnic lekarskich — jest niemożliwe.

* * *

Czem zajmowały się Izby Lekarskie w 1928 roku.

Szereg spraw, które stanowiły przedmiot obrad i zainteresowania Izb obwodowych — oprócz Naczelnej Izby Lek. — jest b. długi i różnorodny i za przykładem poprzedniego Zestawienia za lata 1926 i 27 dzielę na 4 grupy zasadnicze I grupa sprawy dotyczące bytu lekarzy, II grupa — sprawy zdrowia publicznego, szpitali i t. p., III grupa — sprawy społeczne, ubezpieczenia, podatki, wystąpienia do władz, IV grupa — sprawy prawodawstwa, sprawy dotyczce uprawnień Izb Lek., sprawy administracyjne i prawne. Oczywiście jest to podział szematyczny, dowolny i niektóre sprawy dałyby się zaliczyć do dwóch grup. Niektóre sprawy są tak dobrze w sprawozdaniach opracowane, lub uchwały mają zasadnicze znaczenie, że zasługują na podanie ich do wiadomości ogółu lekarzy, o ile nie są jeszcze opublikowane, jak to uczyniła Izba Wileń.-Nowogródzka w Nr. 17, 18, 19 i 20 „Nowin Społeczno-Lekar." z 1929 r. Opinje Komisji Zdrowia, Bytu, Pośrednictwa Pracy (omawia obecny system obsadzenia posad) i Komisji Podatkowej tej Izby stanowią całe elaboraty, godne uważnego przeczytania w „Nowinach" i zapoznania się z niemi szerszego ogółu.

I grupa. Sprawy dotyczące bytu lekarzy.

Izba Warszawska zajmowała się zapoznaniem się z Ustawą o Ubezpieczeniu pracowników umysłowych, uznała je za dogodną dla ubezpieczonych lekarzy i postanowiła zwrócić się do Min. Pracy i Opieki Społ. o warunki ubezpieczenia państwowego dobrowolnego większej grupy lekarzy. Gdyby warunki były niekorzystne, Izby winne dążyć do własnej Kasy Emeryt. według opracowanego już projektu z wprowadzeniem w nim pewnych modyfikacyj.

b) Komisja Kasy Pogrzebowej Izby Warsz. opracowała nowy statut Kasy Pogrzebowej.

c) Izba Lwowska zajmowała się swą Kasą Ubezp., i podwyższyła świadczenia wobec pomyślnego stanu Kasy.

d) Wprowadziła zmiany w Regulaminie Kasy Emer. Lwów.

e) Izba Łódzka zajmowała się też ustawą o ubezp. prac. umysł. i powzięła uchwały analogiczne do uchwał w tej kwestji Izby Warszaw.

f) Sprawą potrąceń z poborów Kasy Ch. lekarzom emerytom ich emerytur zajmowało się kilka Izb. Sprawa została uregulowana prawodawczo i emeryci mają prawo obejmowania posad w instytucjach społecznych z zachowaniem całości swych emerytur.

g) Łódź zajmowała się zbieraniem danych o warunkach pracy i płacy w Kasach chor. i 7-dmio godzinnym dniem pracy dla lekarza — sprawa nieukończona.

h) Łódź — sprawa stanowisk lekarzy rejonowych z ramienia Sejmików powiat., Izba uznała, że są godne zalecenia ze względów społecznych i materjalnych, jako punkt oparcia przy osiedleniu się lekarza w danej miejscowości.

i) Sprawa ordynowania w kilku lecznicach była rozpatrywaną i w kilku konkretnych wypadkach została uregulowaną (Łódź). W jaki sposób i zasadniczej uchwały sprawozdanie nie podaje.

---

*) W nawiasach dla porównania wskazano ilość spraw, które wpłynęły do Sądów w r. 1927.

k) W sprawach „ogłoszeń dziękczynnych“ i reklam Zarząd wzywał lekarzy do wyjaśnień (Łódź).

l) Zarząd Izby interwenjował w sprawie zatargu pomiędzy kolegami, w której sposób załatwienia odbiegał od przyjętych norm etycznych.

m) Izba Łódzka zajmowała się sprawą Stowarzyszenia „Rodzina Lekarska“ uznając instytucję za b. potrzebną i wyrażając opinję o konieczności wprowadzenia reorganizacji instytucji, gdyż pomoc dotychczasowa jest b. nikłą.

n) Izba Wileńska rozpatrywała i uzupełniła uwagami Projekt Kasy Emer. dla lekarzy i Kasy Zapomogowej dla wdów i sierót po lekarzach.

o) Wilno opracowało projekt ankiety dla wyjaśnienia bytu lekarzy.

II grupa. Sprawy zdrowia publicznego, szpitale i t. p.

Izba Warszawska poświęciła cały szereg posiedzeń dla przedyskutowania projektu Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o zakładach leczniczych, uchwaliła szereg zmian. Wynik pracy tej wydrukowano w Biuletynie Nr. 4 28 r. Izby Warszawsko-Białostockiej.

Izba Łódzka na skutek zwrócenia się Wojew. Urzędu Zdrowia zajmowała się sprawą leczenia chorych przez Zakon OO. Bonifratów i stwierdziła, że leczenie prowadzone jest przez dyplomowanego lekarza.

Izba Łódzka ingerowała w sprawie szpitala w Kaliszu, wysłała specjalnego delegata, który odbył wspólne posiedzenia z lekarzami kaliskimi, wypracowano pewne postulaty, które przesłano również władzom m. Kalisza.

Izba Lubelska: a) zwracała się do władz w sprawie partactwa lekarskiego i felczerskiego, uprawianego przez b. sanitarjuszy wojskowych,

b) organizowała akcję zwalczania raka i wydała 3.000 popularnych ulotek w tej materji.

c) stwierdziwszy niezmiernie dużą ilość przerywań ciąży, w czem Izba dopatruje się klęski społecznej, wystąpiła do Naczelnej Izby Lek. o organizację Zjazdu lekarzy polskich w tej materji.

Izba Wileńska wyłoniła Komisję Zdrowia o składzie z przedstawicieli Katedry Uniwersytetu Higjeny, Tow. Higjenicznego, Wydziału Wojew. Zdrowia, Magistratu, lekarzy szkolnych, kolejowych i Związku Lekarzy. Komisja przyszła do przekonania, że w zakresie zdrowia publicznego, dotyczącego całego obszaru Państwa, w obecnych warunkach dla tej pracy miejsca nie ma. Działalność Komisji w najlepszych warunkach może zaledwie ogarnąć teren Izby Wileń.-Nowogr.; jednak i tu działalność jej nie może być intenzywna. Dla zachęty lekarzy do opracowania spraw lokalnych należy wyznaczyć z funduszów Izby konkursy na pracę w zakresie higjeny i medycyny społecznej i przeznaczyła na to 1.000 zł. Wysunięto 3 tematy: badanie tytoniów monopolowych, sanitarne opisanie miasta lub powiatu, sanitarna gospodarka samorządowa. Naczelna Izba Lekarska nie zgodziła się na zatwierdzenie wydatku na konkursy z funduszów Izby, jako nie przewidziane Ustawą o Izbach Lekarskich. Komisja prosi Zarząd o przekazanie sporu tego na najbliższe posiedzenie plenarne Naczelnej Izby Lekarskiej.

III grupa. Sprawy społeczne, podatkowe, prawne. Wystąpienia do Władz.

Izba Lwowska zajmowała się: a) interwencją w sprawach podatkowych, b) interwencją w sprawie leczenia niečzłonków przez Kasy chorych, c) wydawała opinje w sprawie lekarzy szkolnych i znawców sądowych, d) opinje w sprawie udzielania koncesyj aptekarskich, e) wysyłała delegatów do Komisji pojednawczych Kas Chor., f) opracowała memorjał do Sejmu z okazji projektu statutu dla m. Lwowa (o wyłączeniu zawodów wolnych z koła głosów powszechnych i wcielenie do koła wyborców uprzywilejowanych), występowała w sprawie utrzymania wolnego wyboru lekarzy w Kasie Chor. w Sanoku, gdzie wprowadzono system ambulatoryjny. Wobec nieustępliwości przedstawiciela Związku Kas Chor. starania nie doprowadziły do celu.

Izba Łódzka: a) występowała w sprawie honorowania w Sądach Pokoju świadectw felczerskich do Nacz. Izby Lek. i Prezesa Sądu Okręgowego. W wyniku — Sądy Pokoju świadectw felczerskich honorować nie będą, b) w sprawie specyfików zagranicznych wyraziła pogląd o ograniczeniu zapisywania specyfików zagranicznych, należy dążyć do zapisywania recept indywidualnych. W sprawie powyższej ogłosiła odezwę w łódzkiej prasie codziennej, c) potępiła Zarząd Kasy Chor. o ryczałtowe przygotowanie pewnych leków co się zgadzało z opinją Naczelnej Izby Lekarskiej przesłanej do Związku Zawodowego Farmaceutów, d) interwenjowała u Prezesa Izby Skarbowej w sprawie oceny zeznań lekarzy o obrocie. W wyniku tej interwencji Izba Lek. przesłała odwołania lekarzy bezpośrednio do wiadomości p. Prezesa Izby Skarbowej.

Izba Wileńska. Komisja Podatkowa Izby, pełniąc funkcje „Komisji Rzeczoznawców“ w myśl ustawy skarbowej, porozumiewała się z Izbą Skarbową i „opinje Komisji Izby Lek. były wielce miarodajne“.

Izba Poznańska sporo czasu poświęciła rozstrzyganiu sporów ciekawych i zasadniczych z życia stanu lekarskiego: a) pewne Tow. Lek. zwróciło się do Izby Poznańskiej o rozstrzygnięcie pytania, czy Naczelny Lekarz Kasy Chor. ma prawo rozstrzygać o niezdolności do pracy chorych członków Kasy, nawet z wyłączeniem udziału w tej czynności lekarzy leczących, o ile tę czynność Zarząd Kasy mu polecił. Zarząd Izby Poznań, wydał opinję: pod względem prawnym do ordynacji lekarskiej nie zalicza się ścisłego określenia, czy pacjent jest zdolny lub nie, do pracy, ordynacja lekarska bowiem obejmuje jedynie radę lekarską, by pacjent swój zawód wykonywał lub nie, a do tej rady pacjent może się zastosować według własnego uznania i woli. Określenie zdolności do pracy na świadectwach Kasy Chor., jest aktem wypływającym z umowy pomiędzy lekarzem a Kasą Chor. Kasa Chorych ma prawo powoływać Komisje kontrolujące i może powierzać funkcje Komis. Kontr. Lekarzowi Naczel. Kasy, jako lekarzowi zaufania. Lekarz Nacz. i Komis. Kontr. obowiązani są do przestrzegania wszelkich zasad etyki lekarskiej i dobrych zwyczajów wobec członków i lekarzy Kasy Chorych.

b) Wobec skarg lekarzy na Komisje podatkowe, Zarząd Izby zwrócił się z pismem do Wielkopol. Izby Skarb.: (streszczenie). Urzędy Skarbowe postępują niejednolicie: jedne z urzędów zezwalają na potrącenie odliczeń z art. 10 Ustawy o podatku dochodowym, wymienionym pod p. 5 tego art. („bezpośrednie podatki państwowe, samorządowe, przymusowe świadczenia i t. d.“), inne zaś urzędy odmawiają tego odliczenia. Zarząd Izby stoi na stanowisku, że art. 6 ustawy o podatku dochodowym określa jasno i wyraźnie pojęcie dochodu, podlegającego opodatkowaniu; Art. zaś 10 ustala kategorje wydatków i ciężarów, których odliczenie jest dopuszczalne. Traktowanie którejkolwiek kategorji „odliczeń“ wyszczególnionych w art. 10 punkty od 1—6, w szczególności zaś „odliczeń“ wymienionych pod p. 5 art. 10, jako kosztów osiągnięcia, zachowania i zabezpieczenia przychodów, nie znajduje uzasadnienia ani w treści ani w strukturze ustawy, ani też w naturze samej, skoro jest naturalnem, iż podatki i świadczenia objęte tym p. art. 10 ustawy mogą być zależne od wysokości dochodów, lecz nie należą do kategorji wydatków, od których zależnemby być mogło osiągnięcie dochodów, należą przeto w stosunku do dochodów do „skutków“, nie zaś do „przyczyn lub warunków“ osiągnięcia dochodów. Izba Lekarska prosi o zarządzenie celem uchylenia niejednolitej praktyki Urzędów skarbowych. Na pismo to Izba Lekarska otrzymała pismo mało sprawę wyjaśniające i powołuje się na to, że Urzędy skarbowe są w posiadaniu pouczeń stosowania norm średniej zyskowności przy ustalaniu dochodów lekarzy, normy nie są bezwzględnie obowiązujące, Komisje szacunkowe mają prawo odstępować od nich, a odwołania niezadowolonych płatników rozpatruje indywidualnie Komisja odwoławcza. Komisja Izby Lek. powołana do opracowania projektu zmian podatku obrotowego i innych doszła do przekonania, że akcja miałaby powodzenie, gdyby podjęły się wszystkie zawody wolne wspólnie.

c) Okręg. urz. Ubezp. zażądał od Izby Lekarskiej Poznańskiej delegowania do Komis. Pojedn. Kas Chor. jednego lekarza, gdyż jednego lekarza deleguje organizacja zawodowa, resztę wybiera ogół lekarzy Kas Chor. Zarząd Izby Lek. uznał, że Izba lek. nie jest organizacją zawodową, lecz samorządem urzędowem przedstawicielstwem stanu lekarskiego, zawodowemi zaś organizacjami są Związki Lek., Zrzeszenia Lek. różne i t. p. Izba Lek. stoi ponad wszystkiemi organizacjami Lekarskiemi i czuwa nad niemi, czy nie wykraczają przeciw przepisom natury etycznej i t. p. Wyjaśnienie zatem Min. Pracy i Op. Społ., jakoby Izba Lek. była organizacją zawodową jest mylne.

Okręgowy Urząd Ubezp. wysłał prawdopodobnie pismo Izby Lek. do Minister. Izba bowiem otrzymała od Min. Spr. Wewn. z tytułu zwierzchniego nadzoru list, że powyższe zapatrywanie Izby Lek. jest niewłaściwe. Izba jest organizacją zawodową i winna wysłać 1 lekarza do Komisji Pojednawczej.

d) Tow. Ubezp. zapytało Izbę, czy lekarz jest obowiązany wyjawić powód śmierci Tow. Ubezp. Odpowiedź: lekarza obowiązuje art. 11 ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej, dotyczący zachowania tajemnicy.

e) W Izbie Poznań, powstała kwestja, czy członek Zarządu Izby może przyjąć obowiązki obrońcy przed Sądem tej Izby. Decyzja Zarządu Izby: może, lecz nie powinien ze względu solidarności. Zarząd Izby odniósł się do Nacz. Izby Lek. o zajęcie stanowiska. Decyzja N. I. L.: nie może być obrońcą ten, kto uczestniczył w wydaniu decyzji Zarządu, przekazującej sprawę Sądowi Izby, lub brał w danej sprawie jakikolwiek udział. O ile członek Zarządu w sprawie najmniejszego udziału nie brał, nie ma ze strony prawnej przeszkody do przyjęcia obrony. Z punktu stosunków koleżeńskich członek Zarzadu, nawet nie biorący udziału w przekazaniu sprawy Sądowi, nie powinien przyjąć obrony.

f) Na pytania: 1) czy należy członka Izby, który dał piśmienne zobowiązane pod słowem honoru zwrócić w terminie kwotę pieniężną, czego nie uczynił i 2) czy należy lekarza za fałszywą grę w karty — pociągnąć do odpowiedzialności przed Sąd Izby, Naczelna Izba Lek. wydała opinję: 1) za obowiązek zawodowy lekarza uważać należy nietylko prawidłowe wykonywanie czynności lekarskich, lecz i całokształt postępowania, odpowiadający sumieniu godności i dobremu obyczajowi, obowiązujący stan lekarski. Gdy Zarząd Izby, po dokładnem zbadaniu, uzna czyn zarzucony za wykroczenie tego rodzaju i tej miary, że narusza porządek moralny, obowiązujący stan lekarski — ma prawo i obowiązek złożyć doniesienie Sądowi Izby, jako Sądowi dyscyplinarnemu. 2) W drugim wypadku, jeżeli Zarząd Izby otrzymał oskarżenie dokładnie określone przez oskarżyciela, odpowiedzialnego za oskarżenie, winien sprawę przekazać Sądowi Izby w porządku dyscyplinarnym. Jeżeli zaś do Zarządu Izby dochodzą głuche wieści, rzeczą Izby jest dokładnie zbadać: a) czy podejrzenie jest oparte na wiarygodnych danych, b) czy czyn narusza porządek moralny, obowiązujący stan lekarski, c) przesłuchać oskarżonego i osoby mogące rzecz wyjaśnić, d) dowiedzieć się czy w łonie Stowarzyszenia, w obrębie którego zaszedł inkryminowany czyn, sprawa została wyjaśniona i rozstrzygnięta, i dopiero potem decydować, czy sprawę się umarza, czy przekazuje Sądowi Izby.

g) Izba Poznań, otrzymała memorjał od Związku Lekarzy Pol. i Lek. szpit. w sprawie nowej ustawy szpitalnej, która znosi dotychczasową zasadę zezwalającą ordynatorowi na praktykę prywatną u swoich prywatnych pacjentów i umieszczanie ich w szpitalu — i prosi o przywrócenie tej zasady. Memorjał został skierowany do Depart. Służby Zdr. Min. Spr. Wewn. z poparciem Izby.

h) W końcu r. 1928 Izba Poznań, zajmowała się 2 zagadnieniami: sprawą zmiany taryfy lekarskiej i sprawą grożącego stanu bezkontraktowego w Kasach Chor. Obie sprawy i cała korespondencja Izby z odpowiedniemi władzami są w sprawozdaniu Izby za r. 28 wyłożone na 11 str. pisma maszynowego, nie dają się streścić w niniejszem zestawieniu, a osoby interesujące się przebiegiem tej walki mogę tylko odesłać do oryginału sprawozdania Izby Lek. Poznań.-Pomorskiej, za 1928 r.

IV grupa. Sprawy prawodawcze. Sprawy Zarządów Izb.

Izba Warszawska — wobec trudności ściągania opłat izbowych od opornych członków, już w r. 1927 rozpoczęła starania w Min. Spr. Wewn., by zgodnie z ustawą o Izbach Lek. władze administracyjne ściągały składki. Odpowiedź pomyślna nadeszła dopiero w grudniu 1928 r.

Izba Lwowska a) opracowywała Kodeks deontologiczny lekarski i b) wystąpiła do władz administracyjnych o przymusowe pociągnięcie do zarejestrowania się w Izbie przeszło 100 lekarzy oddawna wykonywujących praktykę i ignorujących prawo.

Izba Lubelska a) napotyka wciąż na duże trudności w rejestrowaniu lekarzy cywilnych i wojskowych i występowała do władz, b) uzupełnia mapę rozmieszczenia lekarzy i instytucyj lekarskich w obrębie Izby Lubelskiej, c) rozpatrywała projekty w sprawie obejmowania posad rządowych i samorządowych przez lekarzy, d) zajmowała się sprawą ustalenia właściwości Sądów Izb i ujednostajnienia postępowania Zarządów i Sądów Izb w sprawach sądowych.

Izba Łódzka za inicjatywą N. I. L. ujednostajnieniem procedury Sądów Izb, omówieniem granic wkraczania władzy nadzorczej w życie Izb i Sądów Izb.

Sprawę ustalenia jednolitej deontologji lekarskiej na wezwanie Prezydjum Sądu Naczelnej Izby Lekarskiej nie ukończyła i odłożyła do roku przyszłego.

Zarząd odpowiedział odmownie na pismo N. I. L. o utworzeniu wspólnego dla wszystkich Izb organu prasy, gdyż Izba Łódzka wydaje swoje biuletyny.

Izba Wileńska a) opracowała i zatwierdziła kodeks deontologiczny lekarski, b) zwróciła się za pośrednictwem N. I. L. do władz centralnych w celu spowodowania zarządzenia by wszelkie posady rządowe, samorządowe i ubezpieczeniowe były obsadzane jedynie w drodze konkursów, z koniecznym udziałem przedstawiciela odpowiedniej Izby Lekarskiej, c) opracowała Regulamin Pośrednictwa Pracy, który poleca przedstawicielom do N. I. L. dla rozciągnięcia go na wszystkie Izby Lekarskie.

(—) *Dr. Antoni Krzyczkowski.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

• *Warszawa.*

Zarząd Główny Związku Lekarzy Słowiańskich w Polsce, otrzymał od Komitetu Jugosłowiańskiego następujący program III. Zjazdu Wszechsłowiańskiego Związku Lekarzy.

Drugiego października z rana w Zagrzebiu. W tym dniu zebrani (uczestnicy) są gośćmi Zagrzebia. W nocy po kolacji odjazd do Suszaku specjalnymi wagonami.

3-go października śniadanie i oglądanie Suszaku, potem wsiadanie na statki „Kumanovo" i Karadjordje" (czytaj Karadżjordżje). Przed południem statki idą do Crkvenicy, wysp Krku i Raba. Objad i kolacja na statku.

4-go października. Zrana odjazd do Splitu. Cały dzień oglądanie Splitu i okolic. Wieczorem koleżeńskie zebranie w celu poznania się — na tarasie hotelu „Belevue".

5-go października. O godz. 10-tej rano uroczyste otwarcie Zjazdu w teatrze. Popołudniu obrady w sekcjach.

6-go i 7-go października. Przed i popołudniu obrady w sekcjach i zamknięcie Zjazdu. Sekcje pracują od godz. 8 i pół do 11-tej i pół przedpołudniem i od godz. 15-tej i pół do 19-tej popołudniu Od godz 11-tej do godz. 15-tej wycieczki statkami na sąsiednie wyspy i pobrzeża: Hvar. Solta, Makarska, Trogir i t. d. W czasie wycieczki obiad na statkach.

8-go października. O godz. 2-giej rano odjazd statku ze Splitu do Korczuli i do Dubrownika. Cały dzień oglądanie Dubrownika i okolic: Locruma (wyspa) Kupari, Cavtat i .t d. Wieczorem raut w domu oficerskim.

9-go października. Z rana odjazd: jedna partja (według wyrażonej chęci) automobilami jedzie do zatoki Kotorskiej przez Herceg-Novi, Rizan, Perast i Kotor, na górę Lovczen i do Cetynje. Nazajutrz powrót tą sama drogą do Dubrownika. Druga partja jedzie statkiem do zatoki Kotorskiej ogląda te miejscowości i jedzie do Petrovic, Budvu, i Ulcynj. Powrót nazajutrz 10-go paźdz. do Dubrownika, gdzie się zbierają obie partie. Wieczorem kolacja na statkach, a po kolacji wsiadanie do specjalnych wagonów i odjazd do Mostaru i Sarajeva.

11-go października. Oglądanie Sarajeva i Banje Ilidże (miejscowość kąpielowa). Objad w Sarajevie, kolacja w Ilidże i tam nocleg.

12-go października. Zrana tymi samymi specjalnymi pociągami jedzie się dalej z Saraieva przez Viszegrad, Użyce, Czaczak i Obrenovac do Belgradu. Pewna liczba osób. na żądanie może jechać do Belgradu przez „Vrnjacke Banje" (miejsce kąpielowe).

13-go października. Zwiedzanie Belgradu. W Belgradzie uczestnicy są gośćmi kolegów Belgradzkich i gminy.

Cała ta droga od Zagrzebia do Belgradu z kosztami jazdy i utrzymania ma wynosić około 450 do 500 złotych od osoby.

Do tego dochodzą naturalnie koszty drogi i utrzymania do Zagrzebia w tamtą stronę i z Belgradu (z powrotem) koszt paszportu, wiz i t. p.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie zawiadamia, iż na posiedzeniu Komitetu Konkursowego im. Dra Wacława Męczkowskiego przyznana została nagroda profesorowi Drowi med. Władysławowi Szejnachowi za pracę p. t. „Szpital im. Karola i Marji dla dzieci. Budowa, organizacja, działalność".

Polskie Towarzystwo Oto-larygologiczne. IX. posiedzenie naukowe Polskiego Towarzystwa Oto-laryngologicznego odbyło się we czwartek dnia 26. czerwca o godz. 8-mej wiecz. w Zakładzie leczniczym Dr. Czarneckiego przy ul. Zgoda Nr. 8. — Porządek dzienny: 1. Demonstracja chorych. 2. Odczytanie protokołu z poprzedniego zebrania. 3. Komunikaty Zarzadu: termin Walnego Zebrania i obchodu 10 lecia istnienia Polskiego Towarzystwa Oto-laryngologicznego wyznaczono na 13 i 14 grudnia b. r. 4. Ważne sprawy dotyczące ogółu członków Towarzystwa.

Dyrektorem Szpitala św. Łazarza został mianowany wieloletni wiceprezes Rady głównej i Oddziału warszawskiego Tow. Eugenicznego Dr. Henryk Szczodrowski.

Nowy redaktor „Zagadnień Rasy". Wskutek ustąpienia dotychczasowego redaktora ppułk. Dra Jerzego Babeckiego, na redaktora powołany został Docent Uniw. Jan Mydlarski. Sekretarjat pozostaje za zgodą nowego redaktora w rękach Dra Tadeusza Sieńki. Zgodnie z życzeniem nowego redaktora zostanie powołany do życia „komitet redakcyjny".

Opłaty na rzecz skarbu Państwa, związane z udzieleniem zezwolenia na ekshumację i przewóz zwłok. Ministerstwo spraw wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia) zmienia dotychczas pobierane opłaty na rzecz Skarbu Państwa, związane z udzieleniem zezwoleń na ekshumacje i przewóz zwłok, określone okólnikiem Nr. Z. H. 953/24 z dnia 1. kwietnia 1924 i Z. H. 1211/27 z dnia 14. marca 1927, w ten sposób, że opłaty te łącznie mają wynosić: przy udzielaniu zezwolenia na przewóz zwłok Zł 40 — przy udzielaniu zezwolenia na ekshumację i przewiezienie zwłok Zł 80. Normy te będą obowiązywały od 1-go kwietnia 1930 roku.

Ćwiczenia wojskowe dla lekarzy uzdrowiskowych. Ministerstwo Spraw Wojskowych, na skutek zabiegów Związku Uzdrowisk Polskich, zgodziło się na przekładanie czasu ćwiczeń lekarzy uzdrowiskowych, jako oficerów rezerwy, z okresu letniego na okres jesienny i zimowy, t. j. po 1-ym października. — Podania o przełożenie czasu ćwiczeń zainteresowani lekarze winni składać do odnośnych D. O. K.

Z Polskiego Związku Przeciwgruźliczego. Wyjaśnienie wypadków zaszłych w Lubece pośród niemowląt szczepionych B. C. G. W ostatnich tygodniach pojawiły się w prasie codziennej polskiej jak i zagranicznej alarmujące wiadomości o śmiertelnych zachorowaniach w Lubece wśród niemowląt uodpornionych przeciw gruźlicy metodą Calmette'a, za pomocą szczepionki B. C. G. Pisma te podały, iż wśród 243 niemowląt szczepionych powyższą metodą zachorowało w krótkim przeciągu czasu około 50 dzieci z których 14 zmarło z powodu gruźlicy. Wiadomości te wywołały zrozumiałe zaniepokojenie w świecie lekarskim, jako też wśród publiczności, zaniepokojenie zresztą zupełnie uzasadnione gdyż nieznaną była na razie przyczyna, która schorzenia te wywołała, nie wiedziano, czy należy szukać jej w mało prawdopodobnej zmianie biologicznej, której uległ szczep B. C. G., czy też w nieszczęśliwym błędzie laboratoryjnym. Obecnie już oficjalne dane, które posiadamy, pozwalają na ustalenie poglądu na powyższe zajście, oraz na uspokojenie opinji publicznej jakoteż świata lekarskiego. W następstwie niepokojących wydarzeń wniesioną została w Niemczech interpelacja w parlamencie, na którą w dniu 21-go maja odpowiedział Kanclerz Wirth. Wyjaśnił on, że w lipcu 1929 r. Urząd zdrowia w Lubece otrzymał od prof. Calmette'a szczep B. C. G., którego dalszą hodowlą i przygotowaniem szczepionki zajął się prof. Deyke. Przed użyciem szczepu do wyrobu szczepionki wykonano szereg doświadczeń na zwierzętach laboratoryjnych, które to doświadczenia stwierdziły, że szczep ten jest niezjadliwy, wówczas dopiero przystąpiono do szczepień noworodków. W kwietniu stwierdzono pierwsze przypadki śmiertelnych zachorowań, po których nastąpiły dalsze, wobec czego zaprzestano stosowania szczepionki. Powołaną została Komisja, w skład której weszli prof. Ludwig Lange, oraz prof. Bruno Lange, reprzentant Instytutu „Robert Koch" w Berlinie, w celu zbadania czy wchodzi w grę zmiana biologiczna szczepu, czy też karygodna pomyłka. Natychmiast po pojawieniu się powyższych wiadomości w prasie, zwrócił się Państwowy Zakład Higjeny w Warszawie do Urzędu Zdrowia w Lubece, z prośbą o dokładniejsze dane co do przyczyn śmierci, oraz udzielenie oficjalnych wyjaśnień. W odpowiedzi otrzymał pismo, które przytaczamy poniżej:

„W odpowiedzi na pismo z dnia 16 b. m. z żalem musimy donieść, że wiadomości, które się pojawiły w prasie, o wypadkach śmierci po szczepieniu B. C. G., odpowiadają rzeczywistości. Mamy zaszczyt przesłać wykaz z dnia 17 b. m. Do Szanownego Pana zapewne doszły już i dalsze wiadomości prasowe. Przyczyna zachorowań jeszcze nie została stwierdzona. Z wyniku badań dokonanych przez ekspertów Państwowego Urzędu Zdrowia wypływa, że jest b. nieprawdopodobnem, aby można było przypisać winę szczepionce Calmette'a jako takiej; wydaje się bardziej prawdopodobnem, że ze szczepionką były podawane zjadliwe laseczniki gruźlicy. Z głębokim Szacunkiem (—) Dr. Altstädt.

P. S. Stan szczepionych sposobem Calmette'a z dnia 19-go maja 1930 r. Ogólna liczba szczepionych 243. 1) z tej liczby zmarło 17 (7%), z powodu szczepienia 13 (5,3%), z innych powodów 4 (1,7%); 2) chorych 33 (13,6%), w tej liczbie ciężko chorych 8; 3) ozdrowieńców 10 (4,1%); 4) pod obserwacją lekarską 78 (32,1%); 5) stan zdrowia niewiadomy 42 (17,3%); 6) inne zachorowania 2 (0,8%). Możliwem jest, że u wymienionych pod 4 jeszcze zostaną stwierdzone wypadki zachorowań".

W ostatnich dniach maja wydał Instytut Pasteura następujące doniesienie w powyższej sprawie:

Doniesienie Instytutu Pasteura w sprawie wypadków w Lubece pośród niemowląt szczepionych B. C. G.

W dniu 24-go lipca 1929 r. p. Bielefeld prosił nas o wysłanie hodowli B. C. G. Doktorowi Altstädtowi, dyrektorowi Urzędu Higjeny Publicznej w Lubece, w celu wprowadzenia metody szczepień ochronnych przeciwgruźliczych w rodzinach, pozostających pod kontrolą Ubezpieczeń społecznych. Dnia 27-go lipca Oddział Szczepionek Instytutu Pasteura wysłał żądaną hodowlę. Hodowla ta przybyła na miejsce przeznaczenia około 1-go sierpnia. Ten sam szczep był zużytkowany w naszem laboratorjum do wyrobu emulsji szczepiennych, które były rozesłane do różnych okolic Francji i które posłużyły do zaszczepienia 373 dzieci w okresie czasu od 27-go lipca do 10-go sierpnia. Wśród tych dzieci nie zanotowano żadnego wypadku. Ten sam szczep był również wysłany 27-go lipca D-rowi Castrejon dyrektorowi Instytutu Higjeny w Meksyku, a dn. 7-go sierpnia prof. Kirchensteinowi dyrektorowi Instytutu bakterjologicznego w Rydze (Łotwa).

Według wiadomości, dostarczonych w doniesieniu z dn. 14-go maja 1930 r. Państwowej Radzie Zdrowia w Berlinie przez Dra Eckholdta, hodowla, otrzymana w pierwszych dniach sierpnia przez Dra Alstaedta, została przez tego ostatniego oddana Profesorowi Deycke. Przed użyciem jej do szczepienia dzieci szczepiono nią zwierzęta doświadczalne. Nie byliśmy powiadomieni o wynikach tych szczepień doświadczalnych. Wiemy jedynie z deklaracji Kanclerza Wirtha w Reichstagu w dniu 20 maja że dowiodły one nieszkodliwości hodowli i że na skutek tego stwierdzenia postanowiono, i to dopiero w dn. 28 lutego 1930 r. zastosować u dzieci te metodę szczepień.

Jednakże, w dniu 26 kwietnia nastąpił pierwszy wypadek zgonu, a wiele dzieci zaszczepionych zachorowało. Wstrzymano natychmiast wydawanie szczepionki, ale poważne przypadki zakażenia gruźlicą drogą jelitową w dalszym ciągu następowały, a liczba zgonów wzrastała.Sekcje, które mogły być dokonane, nie pozostawiały najmniejszej wątpliwości co do natury choroby. Stawało się więc jasnem, że hodowla użyta do wyrobu emulsji szczepiennej w Lubece musiała być zakażona przez prątki zjadliwe.

Kiedy mogło nastąpić to zakażenie i skąd mogło pochodzić?

Jeżeli szczepienia doświadczalne dokonane z pomocą szczepu wysłanego z Paryża okazały się nieszkodliwe dla świnek morskich, wydaje się oczywistem, że zakażenie musiało nastąpić po dokonaniu tych doświadczeń, a przed użyciem hodowli do szczepienia dzieci, t. j. mniej więcej w grudniu 1929 r., lub w styczniu 1930 roku.

Nasuwają się dwie hipotezy: 1) Albo hodowla B. C. G. została przypadkowo zakażona przez zjadliwe laseczniki gruźlicy, pochodzące z innych hodowli laboratorjum w Lubece; 2) Albo, przez nieuwagę kolby i probówki z hodowla gruźliczą zjadliwą, nieszczęśliwie umieszczone w tej samej cieplarce z hodowlami B. C. G. zostały zamienione i użyte do wyrobu emulsji szczepiennej w lutym 1930 roku.

Przypuszczenie, aby B. C. G. mogło nagle, w organizmie zaszczepionych dzieci, odzyskać swoją zjadliwość, nie może być przyjęte. Żaden fakt kliniczny ani doświadczalny go nie usprawiedliwia.

Jest więc niewątpliwe, że dzieci w Lubece spożyły zjadliwą hodowlę gruźliczą zamiast B. C. G. lub też zmieszaną z B. C. G.

Jeżeli dzieci, które padły ofiarą, wykazują zmiany gruźlicze i jeżeli szczepienie tych zmian świnkom morskim okazuje się zjadliwe dla tych zwierząt i wywołuje wtórne zmiany, jest to dowodem, że przyczyną nie jest B. C. G., bo wszystko, co wiemy o własnościach biologicznych tego szczepu, stwierdza, że zmiany pozornie gruźlicze, które on może wywołać, nie dają się przeszczepić i ulegają samoistnej regresji.

Badaliśmy w naszem laboratorjum w Instytucie Pasteura czy hodowle pochodzące od szczepu wysłanego do Lubeki 29 lipca 1929 r. spowodowały jakiekolwiek przypadki, bądź u dzieci, którym były podane, bądź też u świnek morskich kontrolnych. Otóż hodowla powyższa posłużyła w końcu sierpnia i we wrześniu 1929 roku do zaszczepienia 3.016 dzieci. Ani jeden wypadek wśród tych dzieci nie był notowany. Z drugiej strony — szczepienia, zrobione

w dniu 9 września świnkom morskim tą samą emulsją, która była wydana dla dzieci, dały wynik ujemny. Wreszcie, z następnej hodowli, zastrzyknięto 9 świnkom doctrzewnowo 1, 5, i 10 mg. Dwie z pośród nich, które otrzymały jedna 5 druga 10 mg B. C. G. do otrzewnej, zabite 23 stycznia 1930 r. wykazywały zwykłe gruzełki na sieci, lecz bez postępujących zmian gruźliczych. Wszystkie inne zostały zabite w dniu 2-go maja 1930 r. Sekcja ich nie wykazała żadnych zmian otrzewnowych lub innych. Widocznem więc jest, że nietylko szczep przesłany do Lubeki, ale także szczepy dalsze, pochodzące z posiewu poprzedniego są pozbawione zjadliwości i zachowały bez zmian, charakterystyczne właściwości B. C. G.

Zresztą rezultaty bardzo licznych szczepień dzieci we Francji dokonywanych od r. 1924 (do maja 1930 w liczbie 242.250) i w wielu innych krajach wykazują całkowitą nieszkodliwość tej metody. Nie można wątpić w jej skuteczność, skoro porówna się śmiertelność z gruźlicy ogólnej u szczepionych i nieszczepionych, w tym samym wieku i żyjących w takich samych warunkach styczności z chorymi na gruźlicę.

W Instytucie Pasteura zachowane są wszelkie możliwe ostrożności celem uniknięcia przypadkowego zakażenia hodowli i zapewnienia kontroli ich niezjadliwości.

Szczepy B. C. G. są umieszczone w specjalnych cieplarkach, zamykanych na kłódki, od których klucze posiadają jedynie szefowie laboratorjów. Posiewy, wszelkie manipulacje i zawiesiny szczepionki wykonywane są w laboratorjum, które jest przeznaczone tylko dla tego celu i w których nie są przechowywane żadne inne hodowle, ani mikroby. Naczynia szklane i przyrządy, przeznaczone dla B. C. G., służą wyłącznie do tego użytku. Szczepionki przygotowują tylko szefowie laboratorjów, a nigdy ich personel pomocniczy. Również jedynie tylko szefowie laboratorjów robią posiewy. Wreszcie szczepienia doświadczalne są robione regularnie a ich wyniki pozwalają zupełnie bezpiecznie używać hodowli do wyrobu szczepionki. Czystość szczepionki pozatem kontroluje się bakterjologicznie przed jej rozlaniem do ampułek i rozesłaniem do miejsc przeznaczenia.

Jest więc pewnem, że w tych warunkach nie może się zdażyć żadna pomyłka, ani przypadkowe zakażenie.

W „Deutsche Med. Wochenschrift" z dnia 30 maja 1930 r. pojawił się artykuł prof. Br. Lange z Instytutu „Roberta Kocha", omawiający na podstawie badań, przeprowadzonych w Lubece, przyczyny zachorowań niemowląt po szczepieniach B. C. G. Autor podaje, iż do 25. IV. zaszczepiono w Lubece 243 niemowląt, z których do 22. V. zachorowało 50, z tych zmarło 14 z powodu gruźlicy, 4 zaś z powodu innych schorzeń. U dzieci zmarłych stwierdzono uogólnione zmiany gruźlicze w narządach wewnętrznych, typowe dla zakażeń drogą pokarmową (Fütterungstuberkulose). Objawy chorobowe występowały przeważnie po upływie 4 tygodni, śmierć po dwóch miesiącach od zaszczepienia.

Objawy gruźlicy występowały u dzieci szczepionych w różnych okresach czasu, a więc różnemi serjami przygotowanych szczepionek. Powyższe fakty upoważniają do wniosku, że w przygotowanej szczepionce znajdowały się laseczniki gruźlicy zjadliwej w dużej ilości. Autor zastanawia się w dalszym ciągu nad możliwością zmiany laseczników B. C. G. na typ zjadliwy. Na podstawie dotychczasowych prac dokonanych w laboratorjach całego świata stwierdza, że zmiana ta jest wykluczona; nie udało się bowiem dotąd nikomu z badaczy zwiększyć zjadliwości szczepu B. C. G., który nie podlegając żadnym wpływom, pozostaje nadal niechorobotwórczy. Nawet zastrzeżnie Petroffa, który wyhodował ze szczepu B. C. G. kolonje zjadliwych laseczników, okazały się nieuzasadnione, gdyż badania w instytucie „Roberta Kocha" stwierdziły, że kolonje te były lasecznikami typu ludzkiego, pochodziły więc niewątpliwie z zanieczyszczenia, gdyż szczep B. C. G. jest typem bydlęcym. *Przypuszczenie więc by przyczyną zachorowań i śmierci była przemiana biologiczna laseczników B. C. G. jest nieuzasadnione.* Jakkolwiek Lange nie jest przekonany co do własności uodporniających B. C. G., to jednak uważa, iż byłoby godnem pożałowania, gdyby w następstwie smutnych wypadków w Lubece, zaprzestano raz na zawsze szczepień w Niemczech, — bowiem w walce z gruźlicą powinna być stosowana każda nieszkodliwa metoda, która rokuje jakiekolwiek nadzieje powodzenia.

Zarówno więc z oficjalnego wypowiedzenia się czynników rządowych w Niemczech, jak i z artykułu prof. Lange, wynika, że fatalnych skutków dokonanych szczepień w Lubece nie można wiązać przyczynowo z własnościami szczepu B. C. G. lecz, że zaszedł niewątpliwie błąd lub niedbalstwo w przygotowaniu szczepionki, która bądź została zanieczyszczona lasecznikami zjadliwemi, bądź też przygotowana w całości ze szczepu gruźlicy zjadliwej. Dotychczasowe wyniki badań powinny uspokoić świat lekarski co do możliwości szkodliwego wpływu szczepień B. C. G. i wykluczyć wszelkie nasuwające się w tym zakresie wątpliwości natury naukowej.

Kraków.

Dziekanem Wydziału lekarskiego U. J. na rok szkolny 1930/31 obrano Dr. Jana Piltza (ponownie).

Nagrodę z funduszu Tyszkowskiego (niekonkursową) otrzymał prof. Rudolf Weigl za wyniki badań naukowych nad tyfusem plamistym — w kwocie zł 10.000.

Wydział lekarski w Krakowskiej Akademji Umiejętności. Na uroczystem dorocznem posiedzeniu Krakowskiej Akademji Umiejętności, prezes prof. K. Kostanecki w przemówieniu swem zakomunikował, między innemi o zlaniu się istniejącej od r. 1919 w Warszawie Akademji Nauk Lekarskich z Akademją Umiejętności. Zlanie to nastąpiło w tej formie, że Akademja nauk lekarskich rozwiązała się, a natomiast w łonie Akademji Umiejętności obok trzech istniejących dotychczas, wydziałów powstał czwarty — wydział lekarski.

Z Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego We środę dnia 25. czerwca 1930, odbyło sie o godz. 6 wieczorem w sali posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego ul. Radziwiłłowska l. 4. zwyczajne posiedzenie naukowe Towarzystwa wspólnie z Krakowskim Tow. Internistów z następującym porządkiem dziennym:

1. Dyskusja odłożona z ostatniego posiedzenia. 2. Demonstracja z Kliniki pedjatrycznej U. J. Dra Malkiewicza. 3. Demonstracja z Kliniki neurol. psychjatr. U. J. Dra Chłopickiego. 4. Demonstracja z Kliniki Lekarskiej U. J. Dra Szczeklika, Dra Reinera. 5. Odczyt Dra Tochowicza p. t. Badania kliniczne nad działaniem wody ze źródła Karola w Iwoniczu na wydzielanie soku żołądkowego, treści dwunastnicy oraz przemianę spoczynkową.

Najwyższa Polska instytucja naukowa. Polska Akademja Umiejętności odbyła dnia 12. VI. doroczne swe uroczyste posiedzenie w nowych warunkach. Po raz pierwszy wzięli w niem udział członkowie nowoutworzonego czwartego wydziału, powstającego przez powołanie w grono członków Pol. Akademji Um. członków Akademji nauk lekarskich, która przestaje istnieć. W ten sposób więc obok istniejących trzech wydziałów, fizjologicznego, historyczno-filozoficznego i matematyczno-przyrodniczego powstaje nowy wydział poświęcony jednej z najważniejszych gałęzi wiedzy ludzkiej a oparty o dwie wielkie specjalne fundacje, jakiemi dysponuje nasza Akademja, a przeznaczone dla popierania badań medycznych w szczególności zaś badań nad rakiem. W walce, jaką nauka wypowiedziała tej strasznej klęsce ludzkości, jaką stała się w ostatnich dziesiątkach lat choroba raka, Polska, dzięki energji i staraniom naszej Akademji Um. staje do szeregu wyposażona w znaczne, jak na nasze stosunki, środki naukowe i w badaczów o wysokiem doświadczeniu i wiedzy.

Weszli w skład P. Akademji Um. jakó członkowie czynni krajowi jej Wydziału lekarskiego: Adolf Beck prof. fizjologji Uniw. we Lwowie; Władysław Bylicki honor. prof. we Lwowie; Stanisław Ciechanowski, prof. anatomji patol. Uniw. Jag. Witold Chodźko b. minister zdrowia w Warszawie; Stefan Dąbrowski, prof. chemji Uniw. w Poznaniu; Edward Flatau, ordynarjusz szpitala w Warszawie; Emil Godlewski, prof. biologji Uniw. Jag.; Antoni Gluziński prof. honor. patol. i terapji chorób wewn. Uniw. w Warszawie; Henryk Hoyer, prof. anatomji porównawczej Uniw. Jag. Kazimierz Kostanecki, prof. anatomji Uniw. Jag. Franciszek Krzyształowicz, prof. chorób skórnych Uniw. w Warszawie. August Kwaśnicki, lekarz w Krakowie; Józef Markowski, prof. anatomji Uniw. we Lwowie; Stanisław Maziarski, prof. histologji Uniw. Jag.; Jan Mazurkiewicz, prof. psychiatrji Uniw. w Warszawie; Roman Nitsch, prof. mikrobiologji i serologji Uniwersytetu w Warszawie; Witold Nowicki, prof. anatomji patalogicznej Uniw. we Lwowie; Witold Orłowski, prof. patologji i terapji chorób wewn. Uniw. w Warszawie; Kazimierz Orzechowski, prof. neurologji Uniw. w Warszawie; Bronisław Sawicki, prof. honor. chirurgji Uniw. w Warszawie; Juljan Talko-Hryncewicz, prof. antropologji Uniw. Jag.; Leon Wachholz, prof medycyny sądowej Uniw. Jag.; Adam Wrzosek, prof. Historji medycyny uniw. w Poznaniu.

Jako członkowie korespondenci krajowi: Wincenty Arnold, em prymarjusz państw. szpitala we Lwowie; Marjan Franke, prof. patologji Uniw. we Lwowie; Henryk Lubieniecki, prof. patologji i te-

rapji chorób wewn. Uniw. w Poznaniu: Jerzy Modrakowski, prof. farmakologji Uniw. w Warszawie.

Członkami czynnymi obrani: Karol Klecki, prof. patologji ogólnej i eksperymentalnej Uniw. Jag. Rudolf Weigl, prof. biologji ogólnej Uniw. we Lwowie.

Państwowy Zakład badania żywości i przedmiotów użytku w Krakowie zamierza w r. b. stworzyć ponownie kursa dla kształcenia organów dozoru nad żywnością i przedmiotami użytku, powołanych do wykonywania dozoru tego w miastach. Wobec niemożliwości łożenia na cel ten w Krakowie środków ze skarbu państwa, koszt zorganizowania i prowadzenia tego kursu obciążać musi w całości zarządy miast delegujących kandydatów na kurs w Krakowie względnie osoby prywatne pragnące nabyć kwalifikacje upoważniające do zajmowania stanowisk samorządowych kontrolerów żywności. Kurs trwać będzie 6 tygodni, a zakończy go egzamin wobec ustanowionej komisji egzaminacyjnej. Kandydaci na kurs wini za pośrednictwem magistratów indywidualne podania zaopatrzone w wymagane dowody wnosić do dyrekcji powyższego zakładu, która o przyjęciu na kurs będzie rozstrzygać.

Obchód 100-lecia Żegiestowa-Zdroju. W drugim dniu Zielonych Świat odbył się w Żegiestowie-Zdroju obchód 100-ej rocznicy tego zdrojowiska, połączony z poświęceniem nowowybudowanego okazałego domu zdrojowego.

Łódź.

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie, uchwaliło na posiedzeniu w dniu 7. maja 1930 roku w celu uczczenia zasług na polu naukowem i społecznem Doktora medycyny Kazimierza Dłuskiego z okazji siedemdziesięciopięciolecia Jego urodzin zaliczyć w poczet swoich członków honorowych.

Z kraju.

Ośrodki zdrowia w 1929 roku. Zadaniem ośrodków zdrowia jest prowadzenie w obrębie poszczególnych miejscowości całokształtu akcji zdrowotnej, a więc: propaganda ogólnych zasad higjeny, higjeny szkolnej, walki z alkoholizmem, zapobieganie szerzeniu się chorób społecznych (gruźlica, choroby weneryczne) przez ich wcześniejsze rozpoznanie i przeprowadzenie mniej lub więcej ścisłej izolacji chorych, kierowanie chorych do sanatorjów i szpitali, urządzanie kolonji letnich, prowadzenie akcji uzdrowotnienia środowiska i t. p. Ośrodki zdrowia prowadzone są od roku 1924 i utrzymywane są prawie wyłącznie przez związki komunalne. Na terenie Polski istniało w 1929 r. (stan na 1 stycznia) ogółem 140 ośrodków zdrowia, obejmujących działy przeciwgruźliczny (133), przeciwjagliczny (110), przeciwweneryczny (39), opieki nad matką i dzieckiem (79), higjeny szkolnej i walki z alkoholem (15).

Najwięcej ośrodków zdrowia było na terenie województwa Warszawskiego (21), z kolei województwo Tarnopolskie (19), Kieleckie (15), Łódzkie (13), Krakowskie (10), po 9 ośrodków województwa Poznańskie i Stanisławowskie, 8 — województwa Białostockie i Śląskie — inne od 2 do 4. Jedynie na terenie województwa Pomorskiego nie było w tym czasie ośrodka zdrowia.

Zebranie Wydziału Lekarskiego T. P. N. łącznie z Oddziałem Poznańskim Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego odbyło się w piątek dnia 27 czerwca 1930 r. z następującym porządkiem obrad:

1. Komunikaty Zarządu. 2. Pokazy. 3 .Dr. Stabrowski: O szczepieniach ochronnych przeciwbłoniczych i przeciwpłoniczych. 4. Dr. Zeyland: O rozpoznawaniu różniczkowem przewlekłych schorzeń płucnych u dzieci (gruźlica czy koklusz).

Posady do objęcia i miejscowości do osiedlenia się. Stanowisko drugiego lekarza-asystenta w Szpitalu powiatowym we Włodzimierzu. Wymagana znajomość chorób wewnętrznych i laboratorjum klinicznego. — Co najmniej 2-letnia praktyka kliniczna lub szpitalna. Zajęcie od 9 — 13 i od 18 — 20. Uposażenie grupy VIII. płac urzędników państwowych i 25 proc. dodatku komunalnego. Posada do objęcia zaraz. Podania należy wnosić do Wydziału Powiatowego Sejmiku Włodzimierskiego we Włodzimierzu.

Zwierzchność gminna w Niebylcu zawiadamia, że w Niebylcu, pow. strzyżowskiego, w Województwie Lwowskiem jest do objęcia posada lekarza. Kandydat otrzyma bezpłatne mieszkanie, złożone z 2 pokoji i kuchni, nadto może otrzymać posadę lekarza okręgowego, po zwróceniu się w tej sprawie do Wydziału Powiatowego w Strzyżowie.

Okręgowy Związek Kas Chorych w Łodzi ogłasza konkurs na stanowisko ordynatora-kierownika oddziału wewnętrznego w szpitalu im. Prezydenta Mościckiego. Wymagana długoletnia praktyka kliniczna i prace naukowe. Podania należy wnosić do dnia 1. lipca 1930 na ręce dyrektora Szpitala ul. Zagajnikowa 22 w Łodzi.

Miejscowość Puszczykówko pod Poznaniem, oddalona 15 km. od Poznania, jest do wydzierżawienia dla lekarza celem urządzenia sanatorjum ginekologicznego, dziecięcego i t. p. Miejscowość piękna z wielkim ogrodem, trzema budynkami, z których jeden nowozbudowany, nadaje się na urządzenie sanatorjum Elektryczne oświetlenie. Stacja na miejscu. (Adres Zyta Nowosielska, Puszczykówko pod Poznaniem).

Zgłoszone posady dla lekarzy. Potrzebny lekarz specjalista chorób kobiecych, dziecinnych i wenerycznych. Około 500zł miesięcznie stałej pensji (Dwory i K. Chorych). Mieszkanie i ogródek. Praktyka da od 500 do 1500 zł dochodu. Samochodem od Kutna ½ godziny. Wiadomość w aptece Strzelce.

Lekarz wolno praktykujący poszukiwany — warunki: 1200 zł. subsydjum z gminy, wolne mieszkanie, dojazd koleją wązkotorowa, możliwość rozwinięcia się szerokiej praktyki.

Wszelkich informacyj udziela Apteka Chicińskiego Raków-Kieleckie K. Stanowa.

Lekarze i lekarki z paroletnią praktyką, o ile możności dziecięcą, poszukiwani na wyjazd na kolonje na sezon letni 2—3 miesięcy.

Warunki: pełne utrzymanie, przejazdy i 300 zł miesięcznie. Oferty z podaniem krótkiego życiorysu i oznaczeniem wolnych miesięcy należy kierować do Towarzystwa Kolonij Letnich im. St. Markiewicza, Wilcza 52, Warszawa.

Nowi profesorowie. Pan Prezydent Rzeczypospolitej postanowieniem z dnia 4 czerwca 1930 r. zamianował:

Doc. Dr. Janusza Supniewskiego — profesorem nadzwyczajnym farmakologji na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Jagiellońskiego;

Doc. i zast. prof. Dr. Leona Zbyszewskiego — profesorem nadzwyczajnym fizjologji człowieka na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Poznańskiego.

Ze świata.

Zjazd międzynarodowy dermatologów i syfilodologów w Kopenhadze odbędzie się pomiędzy 5 a 9 sierpnia Bliższych wiadomości udziela prezydjum Warszawskiego Towarzystwa Dermatologicznego w asobach prezesa Dra Leona Wernica (ul. Jerozolimska 16) i sekretarza Dra Jerzego Zalewskiego (Targowa 84).

Rodak nasz, Dr. Ebel, znany wynalazca „Tonizatora“, aparatu o samodzielnie falujących prądach elektrycznych, ordynuje latem, jak od przeszłego stulecia, w Gräfenbergu, a zimą w Wiedniu.

Redakcja otrzymała:

Kwaskowski W. *„Krwotoczność a choroba płonicza“*. Odbitka z „Pedjatrji Polskiej“ tom. IX, zeszyt 3—4 z r. 1929.

Szumski J.: *„W obliczu reorganizacji lecznictwa Kas Chorych“*. Odbitka z „Wiadomości lekarskich“ rok III. nr. 4. z r. 1930.

Kuczyńska Nat.: *„Dziewczyny w oknie“* Warszawa 1930.

Markuszewicz Roman: *„Ucieczka do choroby a popęd samozachowawczy“. Odbitka* z „Nowin psychjatrycznych“. zeszyt I—II. z r. 1930.

Bureau international du travail „Bibliographie d'hygiène industrielle“. Vol. IV, nr. 1, mars 1930.

Les echos de la médecine, 1-er année, nr. 1, 15 juin 1930.

Kalecka R.: „Wahania poziomu cholesteryny we krwi u chorych na raka pod wpływem promieni Roentgena“. Odb. z „Nowotworów„, tom IV, nr. 3.

Wiadomości zdrojowe, Zdrojowisko Inowrocław, rok III, nr. 3, z 18 czerwca 1930.

Zachert Marjan: „Zwalczanie jaglicy“. Sprawozdanie za 1927 rok. Wydawnictwo Departamentu Służby Zdrowia M. S. W. Warszawa 1929 r.

Dziennik urzędowy Izby lekarskiej warszawsko-białostockiej, rok II, nr. 3, z r. 1930.